

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

MARÍA DOLORES CÁNOVES MARTÍNEZ

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2007

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a Valencia el dia 9 de
Febrer de 2007 davant un tribunal format per:

- D. Ramón Bayés Sopena
- D^a . María del Remedio González Barrón
- D. Javier Ferrero Berlanga
- D^a . María Ángeles Pastor Mira
- D. Joaquín Portilla Sogorb

Va ser dirigida per:

D^a . Pilar Barreto Martín

D. Enrique Ortega González

©Copyright: Servei de Publicacions
María Dolores Cánoves Martínez

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-6779-7

Edita: Universitat de València

Servei de Publicacions

C/ Artes Gráficas, 13 bajo

46010 València

Spain

Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Facultad De Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos

**IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA
DISFUNCIÓN SEXUAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

TESIS DOCTORAL
Presentada por D^a M^a Dolores Cánoves Martínez



Dirigida por: Dra. D^a M^a Pilar Barreto Martín y
Dr. D. Enrique Ortega González

ÍNDICE

0. COMENTARIOS PRELIMINARES	4
I. INTRODUCCIÓN	6
1.1. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	7
1.1.1. Cronología	7
1.1.2. Aspectos Biológicos	9
1.1.3. Aspectos Sociales	12
1.2. EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	14
1.2.1. Salud Pública y SIDA	14
1.2.2. Situación Mundial	15
1.2.3. Situación en nuestro país	19
1.3. LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES	20
1.3.1. Tratamientos antirretrovirales	20
1.3.2. Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART)	22
1.3.3. Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales	23
1.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE VIH	25
1.4.1. Conductas de riesgo y vías de transmisión	25
1.4.2. Respuestas psicológicas de adaptación	29
1.4.3. Alteraciones psicológicas: Ansiedad y Depresión	33
1.5. LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA	38
1.5.1. Antecedentes históricos	38
1.5.2. Modelos sexuales clasificatorios	42
1.5.2.1. Modelo Helen Kaplan	43
1.5.2.2. Modelo Master/Jhonson y Kolodny	44
1.5.2.3. Clasificación del DSM-IV-TR	44
1.5.2.4. Otras aportaciones	46
1.5.3. Problemática sexual en VIH	50
II. OBJETIVOS	53
2.1. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	54
2.2. HIPÓTESIS	56
III. MATERIAL Y MÉTODO	57
3.1. ESTUDIO	58
3.1.1. Sujetos	60
3.1.2. Variables	61
3.1.3. Instrumentos y recogida de datos	63

3.2. PROCEDIMIENTO	69
3.2.1. Pacientes	70
3.2.2. Consultas	73
IV. RESULTADOS	75
4.0. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	78
4.0.1. Población (N =700)	78
4.0.2. Disfunción Sexual y Apoyo Psicológico (N = 180)	88
4.0.3. Disfunción Sexual y Apoyo Psicosexual (N =47)	98
4.1. ANÁLISIS CORRELACIONAL	111
4.1.1. Población (N =700)	111
4.1.2. Disfunción Sexual y Apoyo Psicológico (N = 180)	127
4.1.3. Disfunción Sexual y Apoyo Psicosexual (N =47)	132
4.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES (t de Student)	136
4.2.1. Población (N = 700)	137
4.2.2. Disfunción Sexual y Apoyo Psicológico (N = 180)	139
4.2.3. Disfunción Sexual y Apoyo Psicosexual (N = 47)	142
4.3. ANALISIS DE VARIANZA CON VARIABLES INDEPENDIENTES	146
4.3.1. Población (N = 700)	147
4.3.2. Disfunción Sexual y Apoyo Psicológico (N = 180)	154
4.3.3. Disfunción Sexual y Apoyo Psicosexual (N = 47)	158
V. DISCUSIÓN	165
5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	166
5.2. ALGUNAS SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN	178
5.3. LIMITACIONES	181
VI. CONCLUSIONES	182
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
VIII. ANEXOS	208
Anexo I: Instrumentos de Evaluación	209
Anexo II: Variables: Abreviaturas Descripción Frecuencias	224
Anexo III: Fármacos: Descripción Efectos Adversos	236
Anexo IV: Tratamientos: Combinaciones Distribución DS	248
Anexo V: Tablas de contingencia Fases Frecuencias	253

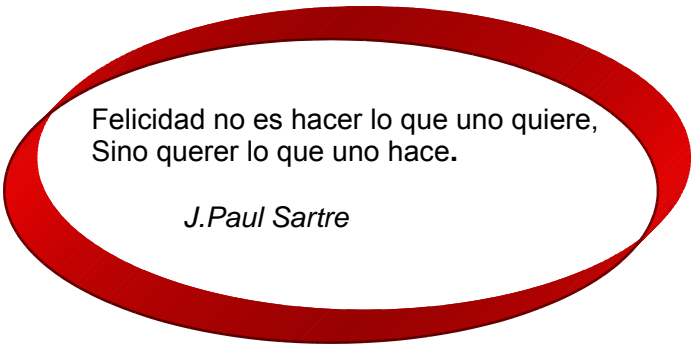
0. COMENTARIOS PRELIMINARES

La historia de la humanidad registra eventos a partir de los cuales se han producidos cambios sociales, destacando entre ellos, las enfermedades pandémicas. La enfermedad ha tenido muchas veces una interpretación mágica en las culturas, cuando los grupos humanos han sido incapaces de dar una explicación lógica a la misma: *lepra, cólera, peste*.

En estas situaciones, el miedo como respuesta y la búsqueda de la causalidad, ha sido una constante asociada a la conducta humana, si bien la interpretación dada no siempre ha sido acertada, contribuyendo ello a la creación de mitos y estereotipos.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), posee las características descritas: Se describe como pandemia, ha producido grandes cambios sociales y conlleva muchos estereotipos.

El presente estudio, se documenta en la relación y recogida de datos con pacientes VIH, durante 13 años. Esta actividad continuada, ha posibilitado una visión de la problemática general asociada al VIH, registrando las principales demandas psicológicas y su evolución, así como otras específicas: como las del área sexual. Entendemos que la información recogida, puede suponer una aportación al estudio del VIH y deseamos pueda crear inquietudes para el abordaje de áreas específicas.



Felicidad no es hacer lo que uno quiere,
Sino querer lo que uno hace.

J.Paul Sartre

I. INTRODUCCIÓN

1.1 EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

1.1.1. CRONOLOGÍA

1981 - Es el punto de partida conocido, con la publicación de Gottlieb y sus colaboradores del artículo *Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency*. (Gottlieb et al., 1981).

Esta histórica publicación hacía referencia a los primeros casos conocidos en 5 hombres jóvenes sin clínica anterior. La neumonía por *Pneumocystis carinii* era, hasta entonces, atípica en pacientes jóvenes. En pocos meses se describieron casos similares en otros países y cundió la alarma. En esta etapa de desconcierto y búsqueda de agentes causales, se empezaron a relacionar estas enfermedades con los estilos de vida de los afectados, lo cual, produjo estereotipos hacia determinados colectivos (Herek y Glunt, 1988).

1983 - Se identifica el virus causante de estas patologías a partir de las investigaciones del Dr. Montaigner y su equipo. Casi a la vez el Dr. Gallo y sus colaboradores, consiguieron aislar un retrovirus similar.

Posteriormente se descubrió que se trataba del mismo virus y que este era el agente causal de las enfermedades. La proximidad entre ambos descubrimientos y su relevancia científica, dieron lugar a una larga polémica, zanjada posteriormente mediante un acuerdo histórico.

1985 - Tras estos descubrimientos, se hizo necesario contar con técnicas de detección de anticuerpos, que fueron aprobadas ese año.

1986 - La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone la denominación de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) de forma general. Ese mismo año, se descubre un nuevo virus en África occidental (VIH-2) menos virulento que el VIH-1, que es el que predomina en el resto del mundo.

1987 - La magnitud de la pandemia, propició disponer de opciones farmacológicas para su control, aprobándose como fármaco antirretroviral el primer Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (INTI) (AZT).

A finales de la década de los 80, se generaliza la importancia del recuento de los linfocitos Cd4, indicadores de la situación inmunológica y progresión de la enfermedad.

1996 - Se toma en consideración otro marcador: La cuantificación de la carga viral (RNA) como descriptor de la cantidad de virus circulante en sangre (C/ml.). La carga viral y los Cd4 van a constituir, a partir de entonces, los dos marcadores básicos de progresión de la enfermedad.

La década de los años 90 es básicamente farmacológica con la aparición de nuevas opciones terapéuticas: los Inhibidores de la Proteasa (IP) y los Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI). En este contexto, la filosofía del Dr. Ho de actuar de forma temprana y contundente en el manejo de la enfermedad, propició el comienzo de la era de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART).

A final de los años 90, los resultados de esta terapia muestran una reducción de la carga vírica de los pacientes hasta niveles indetectables, durante prolongados períodos de tiempo, además de la reducción de mortalidad y morbilidad. Sin embargo no desciende la progresión; El resultado es el aumento del número de personas infectadas y el descenso de fallecimientos (Staszewski et al., 1997). El interés suscitado por la enfermedad y los avances conseguidos, propician la aparición de manuales y guías sobre el virus (Herrera, Ortega, Abril, 1999).

Ya en la década de los años 2000, se constata la progresión de la enfermedad a nivel mundial, así como la preocupación de Organismos y Gobiernos, por la problemática del VIH. Parte de esta preocupación se ve plasmada en la organización de Congresos Internacionales bianuales:

2000 - La XIII Internacional AIDS Conference, se celebró en Durban (Sudáfrica) bajo el lema "Break the Silence" y sirvió para hacer un llamamiento mundial sobre los graves problemas causados por la enfermedad básicamente en África Subsahariana. (www.aids2000.org).

2002 - La ciudad de Barcelona acogió la celebración de la XIV Internacional AIDS Conference con el lema "Conocimiento y compromiso para la acción" (www.aids2002.com).

2004 - Bangkok (Tailandia), fue el lugar de celebración de la XV Internacional AIDS Conference, bajo el lema "Acceso para todos", lo que permitió dar a conocer al resto del mundo, la actual progresión de la enfermedad en el Continente asiático (www.aids2004.org).

2006 - Toronto (Canadá) ha sido el lugar de celebración de la XVI Internacional AIDS Conference) que ha tenido como lema "Time to Deliver", así ese "*momento para dar*", pretende servir de catalizador para el cambio (www.aids2006.org).

1.1.2. ASPECTOS BIOLÓGICOS

Pese a la mayor expectativa de vida de los pacientes VIH conseguida con las terapias combinadas, continúan siendo un reto diversas enfermedades:

A) Trastornos Neuropsiquiátricos

Las terapias antirretrovirales han reducido las tasas de incidencia y muertes por SIDA, sin embargo aparecen síndromes neuropsiquiátricos, infecciones oportunistas o neoplasias del SNC (Hinkin, Castellon, Atkinson, Goodkin, 2001).

B) Trastornos Neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos, están presentes en el VIH, produciendo deterioro cognitivo que se incrementa con el avance de la enfermedad, llegando a afectar hasta el 50% de los pacientes, con menor o mayor clínica (Starace et al., 2002).

C) Encefalopatía/Complejo Demencia SIDA

Encefalopatía por VIH y Complejo Demencia-SIDA (CSD), son términos utilizados para indicar las alteraciones cognitivas, motoras y de conducta que pueden sufrir los pacientes VIH (Kaul, Zheng, Okamoto, Gendelman, Lipton, 2005). En el trastorno cognitivo motor menor (TCMM), los pacientes conservan la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, sin embargo esta capacidad no está presente en el CSD. El CSD, cuando aparece, suele hacerlo en etapas tardías de la infección. Generalmente se observa con posterioridad al diagnóstico de otras patologías.

D) Neuropatía periférica

Se trata de la complicación neurológica más frecuente de la infección por VIH (Nicholas et al., 2002); Produce alteraciones en el sistema motor y la marcha, por lo que compromete la calidad de vida y las funciones habituales de los afectados. Se estima que puede manifestarse hasta en la tercera parte de los pacientes, aunque solo suelen ser diagnosticados los casos con sintomatología mas acusada.

E) Desnutrición (Wasting Síndrome)

Síndrome que se caracteriza por la pérdida de peso y masa celular corporal. Más que el peso, es la masa celular (MC) el determinante nutricional con mayor valor pronóstico. La caquexia propia del desarrollo del síndrome, es visiblemente observable en los pacientes afectados. Múltiples estudios han asociado, la pérdida de peso y masa celular corporal con menor probabilidad de supervivencia, mayor incidencia de enfermedades oportunistas y disminución de la calidad de vida. Por otra parte, el estado nutricional del paciente, es básico en la resistencia a las infecciones, ya que tanto la malnutrición como la infección por VIH ejercen un efecto sinérgico sobre los linfocitos Cd4 (Wanke et al., 2000).

F) Síndrome de Lipodistrofia

La lipodistrofia, producida tanto por el VIH como por efecto adverso de los fármacos antirretrovirales, constituye un grave problema. Se estima que puede estar afectando a la mitad o más de los pacientes VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral. El síndrome de lipodistrofia es sumamente complejo e implica desórdenes metabólicos y morfológicos:

A- Metabólicos: Dislipemia y resistencia a la insulina, elevación de niveles de triglicéridos y riesgo de patología cardiovascular (Heath et al., 2001).

B-Morfológicos: Muy visibles y traumáticos. Implican deformidad corporal consistente en una redistribución anómala de la grasa corporal con disminución de la grasa subcutánea y/o o acumulación intraabdominal, mamaria o dorsocervical.

G) Tuberculosis

Desde que se dispone de tuberculostáticos eficaces, la incidencia de la tuberculosis ha ido disminuyendo, pero desde 1985, se observa un resurgimiento, debido a la aparición de la infección por VIH.

En algunas de las zonas más pobres del mundo, los programas de contención de ambas enfermedades no han conseguido frenar su avance, lo cual ha dado lugar al desarrollo de tuberculosis multirresistente entre los afectados por VIH y también en el personal sanitario a su cuidado. La infección por el VIH es un importante factor de riesgo para la aparición de tuberculosis activa en estos sujetos. El riesgo en pacientes VIH es del 14% en los dos años siguientes de la infección, frente al del 10% para toda la vida en los sujetos VIH negativos y con Mantoux positivo.

Los brotes de tuberculosis multirresistente se caracterizan por una alta prevalencia de infección por VIH, elevada mortalidad (72%-89%), corto intervalo entre el diagnóstico y la muerte (4-16 semanas) y posibilidad de transmisión nosocomial entre los trabajadores sanitarios (Ballester, 2004).

H) Hepatopatías

Cerramos el apartado de patologías asociadas al VIH, con las hepatopatías siendo la de mayor interés la Hepatitis por el Virus C (VHC) (Buffet-Janvresse et al., 2003). Este virus es lo suficientemente agresivo para comprometer el pronóstico vital de quienes lo padecen. Su presencia junto con el VIH, configura la categoría de coinfección VIH-VHC.

En la población general, la incidencia del VHC, se estima en un 2-3%, mientras que se eleva hasta un 50/60% en los pacientes VIH, debido a que comparten las vías de transmisión, principalmente la parenteral. Entre el 75 y el 90% de los pacientes con infección VIH que adquirieron la enfermedad por adicción a drogas vía parenteral, están coinfectados por VHC.

La coinfección VIH-VHC, tiene efectos negativos para ambas patologías; La evolución de la Hepatitis C a cirrosis es más precoz y la evolución desde la primera descompensación hepática hasta la muerte, es más corta en los pacientes coinfectados (Martín et al., 2004).

La mortalidad de los casos SIDA por infecciones oportunistas, ha descendido en los últimos años, sin embargo ha aumentado el porcentaje de mortalidad por causa hepática de un 5% en el año 1991, hasta un 26% en 2001. Los pacientes con infección VIH y hepatopatía por VHC, toleran peor el tratamiento antirretroviral, presentan mayor grado de hepatotoxicidad, mayor incidencia de lipodistrofia y resistencia insulínica (Ortega, 2002).

Dadas las características descritas, la tendencia actual es el estrecho control de la hepatopatía en los pacientes coinfectados, ya que actualmente se convierte en una amenaza de mayor calibre que el propio VIH.

La base del tratamiento para la Hepatitis C, es el Interferón más Ribavirina, consiguiendo globalmente un 40% de respuesta sostenida, (según el tipo de Interferón, genotipo, grado de fibrosis), con persistencia de la negativización del RNA-VHC transcurridos 6 meses del cese del tratamiento (Torriani et al., 2004). En contrapartida y al igual que ocurre con otros fármacos, existen efectos adversos asociados.

Entre los más llamativos, se describen los trastornos en el estado de ánimo. Las consecuencias somáticas: *fatiga, astenia, pérdida de peso* y psicológicas: *ansiedad/depresión*, observados en los pacientes, suponen una importante amenaza a su calidad de vida.

En los aspectos conductuales los índices de suicidio asociados a los tratamientos con Interferón se estiman en un 2% describiéndose, también, conductas que atentan contra la seguridad física de otras personas.

En estudios realizados, se describe: 40% *insomnio*, 30% *irritabilidad*, 20% *ansiedad*, 30% *depresión*, 2% *ideas suicidas* y 0.5% *suicidios consumados* (Debien, De Chouly De Lenclave, Foutrein, Bailly, 2001).

La última opción terapéutica, para los pacientes cirróticos es el trasplante hepático, autorizado actualmente en nuestro país. Sin embargo, todavía resulta complicada su realización por diversos factores tanto formales como informales: Listas de espera. Dudas de los cirujanos. Talante del equipo.....

1.1.3. ASPECTOS SOCIALES

Aunque volveremos sobre ellos mas adelante, queremos dar unos apuntes de los aspectos sociales asociados al VIH, en este apartado.

A lo largo de la historia de la enfermedad, se han venido estudiando los efectos del impacto emocional en los pacientes y las repercusiones sociales del virus; Aspectos como la representación social de la enfermedad, las actitudes frente al VIH, el rechazo o la estigmatización, han sido valorados en la enfermedad por las secuelas que pueden llegar a producir en los pacientes, la interacción de cualquiera de ellas.

Como hemos comentado, los años 80 fueron el inicio conocido de los primeros casos y ya desde ese primer momento se asoció, erróneamente, el origen de la enfermedad a los estilos de vida de los afectados.

Así, las consecuencias que las personas afectadas sufren en su proceso vital, son descritas en el área biológica: (Cruess et al., 2003), psicológica, social (Carr y Gramling, 2004) y migratoria (Lansky, 2000) entre otras.

La información facilitada desde el principio por los medios de comunicación, de una forma sesgada, contribuyó a la creación de estereotipos; estereotipos que con ciertas variantes, siguen hasta la actualidad. Por tanto no es de extrañar que los pacientes sufran además de los problemas biológicos, los psicológicos y los sociales derivados de su condición de afectados. Esta característica, diferencia al VIH de otras enfermedades complejas y/o crónicas.

En el contexto de los aspectos psicosociales, asociados al VIH, podemos hablar de *estigma*, término que se ha venido utilizado desde el principio. A partir del impacto social producido por la enfermedad, comienzan a aparecer los estereotipos vigentes en aquel momento:

- La mortalidad de la enfermedad.
- El estigma hacia los homosexuales.
- El estigma hacía los toxicómanos.

El estigma, los prejuicios y las actitudes, son motivo de investigación y estudio poco después para intentar valorar los aspectos sociales relacionados con la pandemia. (Herek, 1990); En este estudio se describe la hostilidad que suscitan los afectados. En la misma línea de trabajo, se han estudiado las dimensiones psicológicas, subyacentes en las actitudes y juicios sobre la enfermedad y los enfermos (Herek y Glunt, 1991). En estos procesos donde se implican las actitudes y la representación social de la enfermedad, los pacientes, son los más afectados directamente. Sin embargo no pueden ser considerados como factores aislados, pues las consecuencias de la enfermedad son compartidas por las personas mas allegadas de su entorno, produciendo implicaciones en cadena. Esta circunstancia ha potenciado diversidad de estudios que han tratado de describir y cuantificar las repercusiones de estos mensajes sociales, no solo sobre los propios pacientes, sino también los experimentados por sus personas de referencia o cuidadores.

Las aproximaciones han sido realizadas desde distintos puntos de vista, ya que los cuidadores en su condición de familiares, (Martinez, Israelski, Walker, Koopman, 2002) o el personal médico de los equipos, pueden verse afectados a través de sus familiares o pacientes (Lert, Chastang y Castano, 2002). Las connotaciones que desde el punto de vista social rodean al VIH son factores que los pacientes diagnosticados han de asumir, junto con la evolución de su enfermedad, por tanto, revierten en su percepción sobre la misma. En este contexto, los trastornos psicológicos son frecuentes en VIH, unos de etiología orgánica, pero muchos, de base psicológica requiriendo atención psicológica, durante el proceso de enfermedad (Sewell et al., 2000).

1.2. EL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

1.2.1. SALUD PÚBLICA Y SIDA

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es consecuencia de una enfermedad infecciosa que si no se controla adecuadamente, supone una puerta abierta a otras infecciones y patologías, ya que posibilita la presencia de múltiples complicaciones capaces de deteriorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Pese a estas características, se han conseguido significativos avances en el control de la infección con combinaciones de fármacos, cada vez más individualizadas; Ello ha promovido cambios en estos últimos 10 años, para tratar de acomodarse al nuevo perfil de los pacientes.

En el otro extremo, hay otro cambio significativo y que merece suma atención, es la progresión en el número de mujeres afectadas. En los años 80 y sucesivos, los porcentajes de infectados eran de 70% en hombres, frente al 30% en mujeres. La progresión natural de la enfermedad y la transmisión sexual, fueron equilibrando los porcentajes de forma que en los últimos años, el porcentaje de mujeres ha aumentado de forma sistemática.

A finales de los años 90, las mujeres constituían el 40% de las personas VIH; mientras que a principios de los años 2000, la cifra se ha elevado hasta un 50% aproximadamente. Esta progresión es más acusada en aquellos lugares donde predomina la transmisión heterosexual.

Por otra parte el clásico rol de la mujer como cuidadora, hace recaer sobre ella, una importante parte asistencial del SIDA. Cuando la enfermedad está presente en una familia o comunidad las mujeres y niñas resultan aún más afectadas debido a las diferencias sociales y económicas existentes.

Para tratar de paliar estas situaciones, en 2003 se estableció la Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA. Dada la situación respecto a la mujer y el SIDA, la Coalición Mundial ha descrito unas prioridades:

Prevenir la infección VIH en mujeres. Proteger sus derechos de propiedad y sucesión. Garantizar el acceso igualitario a los tratamientos, atención y recursos. Promover el acceso de las mujeres a nuevas tecnologías de prevención. Apoyar esfuerzos para posibilitar el acceso a la educación de niñas en todo el mundo.

El énfasis que se da a todas estas acciones es vital, por los factores descritos:

Mayor vulnerabilidad de la mujer para ser infectada por el hombre y a edades mas tempranas que los varones, su condición de cuidadora familiar, su desigualdad social y económica y sobre todo, su capacidad de transmitir el virus a sus propios hijos por medio de la transmisión vertical.

Otro problema colateral es el que se refiere a los huérfanos por SIDA. Las estadísticas registran 12 millones de niños huérfanos en África Subsahariana de uno o dos de sus padres. Pese a ello, solo la minoría de países afectados tiene programas diseñados para ofrecer apoyo a los niños huérfanos a causa del SIDA.

Si continúa el ritmo actual de propagación, el VIH tendrá unas repercusiones cada vez más graves en el tejido de la sociedad, con las lógicas repercusiones en la salud pública mundial.

** DATOS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA ONUSIDA 2004 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS <http://www.unaids.org.wac/index.html>

1.2.2. SITUACIÓN MUNDIAL

Si bien la información sobre el VIH es más precisa que la que existe para otras enfermedades, la realidad es compleja porque las estimaciones mundiales se basan en fuentes nacionales, que a su vez proceden de los sistemas de vigilancia de los países. Esos sistemas recopilan datos sobre los niveles de infección por el VIH en diferentes grupos. Durante estos años, han ido evolucionando los métodos utilizados para elaborar tales estimaciones.

El Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, elaboración de modelos y proyecciones, se reúne anualmente para guiar el proceso y pulir los medios de investigación, aprovechando el trabajo realizado por grupos técnicos más pequeños a lo largo de todo el año.

Desde 1998, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han obtenido estimaciones bianuales del VIH específicas para cada país. Según estas cifras el número de personas que viven con VIH sigue aumentando, pese a las campañas de prevención.

En conjunto, se estima que se producen 16.000 nuevas infecciones cada día. La situación mundial es la siguiente:

Asia: La transmisión se concentra principalmente en los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y sus clientes y las parejas sexuales habituales de todos ellos.

China: El virus se ha propagado a la totalidad de sus 31 provincias, en algunas de ellas, por vía drogas intravenosas. En otras zonas, el VIH comenzó en los años 90 entre las personas de zonas rurales que vendían plasma sanguíneo para complementar sus ingresos. Los niveles de infección oscilan del 10/20%, al 60% en ciertas comunidades.

La India: La mayor parte de las infecciones se contrae por vía sexual y un pequeño porcentaje por consumo de drogas intravenosas. En algunos estados, el VIH se transmite principalmente por el comercio sexual. De hecho, más de la mitad de los profesionales del sexo están infectados por el VIH. En 2002, un estudio de vigilancia del comportamiento entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, concluyó que el 27% de ellos estaban casados o vivían con una pareja sexual femenina.

Oceanía: Entre los varones diagnosticados de infección por el VIH contraída entre 1997 y 2002, se comprobó que más del 85% tenían antecedentes de relaciones sexuales con otros varones. Los porcentajes de infecciones contraídas por consumo de drogas intravenosas son bajos (3,4%), así como las derivadas de prácticas heterosexuales (8,5%). En Nueva Zelanda predomina, igualmente, la transmisión homosexual entre hombres.

África Subsahariana: África Subsahariana alberga casi las dos terceras partes de todas las personas que viven con el VIH en el mundo. 3 de cada 10 mujeres embarazadas en África Meridional están infectadas por el virus del SIDA. Los factores sociales que justifican esta situación son:

- ❖ En África, las mujeres jóvenes tienen parejas masculinas mucho mayores que ellas, con alta probabilidad de estar infectados.
- ❖ Los parámetros culturales dificultan que las mujeres africanas negocien el uso del preservativo.
- ❖ La violencia sexual, que lesiona los tejidos e incrementa el riesgo de transmisión es habitual, sobre todo en el contexto de conflictos bélicos.

Una encuesta efectuada entre 1366 mujeres que acudían a dispensarios prenatales de Soweto (Sudáfrica), encontró tasas más altas de VIH en las mujeres objeto de abuso sexual. El estudio demostró además, que los varones que utilizan la violencia sexual tienen más probabilidades de ser VIH positivos que los que mantienen relaciones sexuales sin violencia. (Dunkle et al., 2004)

Europa Oriental: Se estima que durante 2003, unas 360.000 personas, contrajeron la infección y 49.000 fallecieron a causa del SIDA; Estonia, Letonia, la Federación de Rusia y Ucrania son los países más afectados. La principal vía de transmisión, está asociada al consumo de drogas vía intravenosa, práctica que se ha propagado de forma espectacular durante los últimos años. En cuanto a la distribución por género, la mayoría de los consumidores de drogas son hombres; Sin embargo la proporción de mujeres entre los nuevos casos de VIH, está creciendo rápidamente (de uno de cada cuatro casos en 2001 a uno de cada tres casos un año más tarde). La característica destacada de la población recién diagnosticada es su juventud, ya que más del 80% de las personas VIH positivas de estos países son menores de 30 años.

América Central y Latina: La infección VIH, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población. En Brasil, la prevalencia nacional es inferior al 1%, pero se han comunicado niveles de infección superiores al 60% entre consumidores de drogas intravenosas de algunas ciudades. En América Latina, el consumo de drogas intravenosas es menor y el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual, básicamente entre varones. En Colombia y Perú, gran número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, también las tienen con mujeres.

Europa y Norteamérica: En Europa al igual que en Norteamérica, destaca la notificación de casos nuevos debidos a relaciones heterosexuales sin protección, como vía de contagio. En Europa, los casos se han duplicado en los últimos siete años, con un gran número de infectados que desconocen su condición, mientras que en Estados Unidos el SIDA afecta de forma desproporcionada a mujeres afro americanas e hispanas.

A finales de 2003, los datos epidemiológicos estimaban en 39,4 millones las personas que vivían con el VIH, siendo 2.2 millones niños y entre los adultos, casi la mitad mujeres.

** DATOS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA ONUSIDA 2004 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <http://www.unaids.org.wac/index.html>

Los últimos datos de ONUSIDA, correspondientes al informe del año 2006, son los compilados de forma más exhaustiva hasta la fecha, con la inclusión de datos completos de un total de 126 países. Una de las características destacadas es el aumento en las partidas presupuestarias mundiales destinadas al control de la enfermedad, si bien todavía muchos países no logran alcanzar los objetivos establecidos en 2001.

Las infecciones por VIH estimadas en el 2005 alcanzaron la cifra de 4,1 millones de personas, mientras que las defunciones habidas en 2005 (de las que se tiene constancia), se cifran en 2,8 millones de personas.

La tendencia actual es el descenso significativo de la prevalencia en algunos países africanos (Kenya y Zimbabwe), acompañado de cambios en las prácticas sexuales. Esta misma línea se observa en algunos estados de la India, también con políticas preventivas en marcha; sin embargo aumenta la infección en otras partes de Asia (China. Indonesia, Pakistán...)

Tras 25 años de historia del VIH, se estiman en unos 65 millones de personas las que se han infectado por el VIH y en 25 millones las que han fallecido desde entonces. Actualmente la cifra de afectados está cercana a los 40 millones de personas, de los cuales muchos no son sabedores.

** DATOS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA ONUSIDA 2006 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <http://www.unaids.org.wac/index.html>

1.2.3. SITUACIÓN EN NUESTRO PAÍS

Desde el uso generalizado de los nuevos tratamientos antirretrovirales, la incidencia de SIDA ha descendido en España un 69,5%, con significación estadística en el periodo 1997/1999 y de forma mas moderada a partir del 2000. Pese a estas cifras, nuestro país sigue teniendo una alta incidencia de SIDA respecto a Europa. Con arreglo a ello hasta se estima, que en 2004 se diagnosticaron en España 2034 casos de SIDA, frente a los 2279 del año 2003.

El 47,6% de las personas que desarrollaron SIDA en 2004, se habían infectado al compartir material para uso intravenoso de drogas, lo que afectó al 49,1% de los hombres y al 42,6% de las mujeres.

Además de estas cifras, hay que considerar la situación de aquellas personas que están infectadas por el VIH, pero no son conscientes de ello. En este sentido, el 38% de los casos diagnosticados desconocía su infección hasta que desarrollaron el SIDA. Esta proporción es aún más alta en personas que se infectaron por relaciones sexuales no protegidas.

La valoración real de estos datos es que en nuestro país, aunque se producen menos muertes por SIDA, hay más personas infectadas por el VIH. Con relación a las vías de transmisión, se ha producido un descenso de las infecciones a causa del uso de drogas intravenosas, grupo con el mayor descenso observado en los últimos años. Entre las nuevas infecciones, los casos que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 27,9%, pero adquieren especial relevancia en las mujeres, que representan el 48,8%.

Un grupo que comienza a ser representativo en nuestro país, es el formado por los inmigrantes tanto con relación al SIDA como a otras enfermedades infecciosas. La mayor parte de estas personas proceden de países en desarrollo de África y Latinoamérica. La patología más indicativa del desarrollo de la enfermedad, sigue siendo la tuberculosis que aparece en el 28,2% de los casos diagnosticados en 2004.

Las cifras epidemiológicas mas recientes cifran en 1649 casos, los diagnósticos de SIDA registrados en 2005, con un descenso del 17% aproximado con relación al 2004, tanto en hombres como en mujeres.

****DATOS: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN ESPAÑA. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA 31 DICIEMBRE 2004 Y 30 JUNIO DE 2006.**

1.3. LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES

1.3.1. TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES

Como se ha comentado previamente, en 1986 se aprueba el uso del AZT (Zidovudina) como primer fármaco antirretroviral. Se trata del primer Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (INTI). Se aplica en **monoterapia** y su uso es generalizado para los pacientes VIH. En 1987 se publicó el primer estudio que demostró su eficacia.

Para evaluar la eficacia del tratamiento, se utilizaron criterios inmunológicos (nivel de linfocitos CD4+) y clínicos. Los pacientes tratados, en comparación con los que recibieron placebo, tuvieron un menor deterioro inmunológico y una menor progresión a SIDA. (Fischl et al., 1987).

Posteriormente el AZT, comenzó a prescribirse en combinación con didanosina (ddl) o zalcitavina (ddC), en la modalidad de **biterapia**. Mas tarde aparecen nuevas familias de fármacos: Los Inhibidores de la Proteasa (IP) y los INNTI (Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa).

Los **inhibidores de la proteasa**, disminuyen la producción viral. Esta reducción favorece el equilibrio del sistema inmunitario, observándose con frecuencia un aumento en el número de linfocitos CD4. También disminuyen las enfermedades oportunistas y los índices de mortalidad (Giorgi et al., 1998).

Los **inhibidores de la transcriptasa**, contribuyen al aumento de supervivencia y disminuyen la frecuencia y severidad de las infecciones oportunistas en los pacientes con infección avanzada (Bucher et al., 2003). Pese a estas opciones, se viene observando fallo virológico en pacientes, relacionado o no al cumplimiento farmacológico, quizás por el cansancio del organismo frente a determinados fármacos.

Para poder disponer de un instrumento mensurable, la Food and Drug Administration (FDA) aprueba los Test de Resistencias (TRG). Estos tests, constituyen un nuevo elemento de cuantificación en las situaciones de fallo virológico permitiendo establecer cambios terapéuticos. (Merigan, 1999).

En los años 2000, se tiende a la personalización de las terapias. Una interesante línea, la constituye la Interrupción Estructurada del Tratamiento (IET) en pacientes con buen control de la carga viral, mientras están con tratamiento con Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

La filosofía subyacente, es que al suspender el TARGA en un enfermo con supresión vírica total, el propio virus del paciente vuelve a replicarse durante un periodo muy breve de tiempo, produciendo una nueva estimulación del sistema inmune que volvería a generar respuestas específicas frente al propio virus del enfermo. Al cabo de un periodo variable de tiempo (entre 2-4 semanas), se vuelve a reintroducir el TARGA volviéndose a inhibir de nuevo la replicación y llevando a la indetectabilidad de la Carga Viral. (Fagard et al., 2003).

Si este proceso se repite en forma de ciclos, la hipótesis es que cada vez exista un mejor control inmunológico del virus y que la CV sea menor en cada interrupción, hasta que se podría llegar a un momento en el que la propia inmunidad del enfermo sería capaz de controlar el virus, obviando la necesidad del TARGA de una manera prolongada.

Los **inhibidores de la fusión** son la reciente opción de tratamiento. El fármaco, ataca al VIH de forma diferente a los antirretrovirales existentes, ya que impide la fusión del VIH con las células humanas, mientras que los demás actúan cuando la célula ya está infectada.

Como consecuencia de este mecanismo de acción, es activo contra cepas de VIH que se han vuelto resistentes a los tratamientos actuales. Se considera el medicamento más complejo de los fabricados hasta la fecha, al aportar calidad de vida al paciente y ser eficaz, incluso, en aquellos que ya no responden a otros tratamientos (Hardy y Skolnik, 2004).

En cualquier caso los estudios relativos a las combinaciones de fármacos, respecto al control de la carga viral, aumentan siguiendo distintas líneas de investigación (Portilla, 2005).

Todos estos trabajos actuales, están permitiendo desarrollar nuevas terapias antirretrovirales (López Aldegue, Aguirrebengoa, Arribas, Este, Kindelan, 2005).

1.3.2. Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART)

A mitad de los años 90, ya se había definido la importancia de la viremia plasmática y el recuento de los linfocitos Cd4 como marcadores de progresión de la enfermedad. Respecto a las opciones terapéuticas disponibles, se componían de unos 15 fármacos antirretrovirales.

La idea de atajar cuanto antes las mutaciones de un virus tan agresivo, se materializó en la filosofía del Dr. Ho: Actuar de forma temprana y contundente en el control de la enfermedad, su consigna **“Pega fuerte, pega pronto” (“Hit hard, hit early”)**, sugería la conveniencia de utilizar tratamientos contundentes lo antes posibles durante el proceso de enfermedad (Ho, 1997).

Este planteamiento, fue admitido por la comunidad científica, dando lugar al comienzo de la terapia HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Activa), por sus siglas en inglés o TARGA en nuestro idioma, con la generalización de la triple terapia antirretroviral.

A final de la década de los 90, los resultados de la triple terapia muestran su efectividad al conseguir la reducción de la carga vírica hasta niveles indetectables durante prolongados períodos de tiempo, además de la reducción de mortalidad. (Bartlett, DeMasi, Quinn, Moxham, Rousseau, 2001). Sin embargo este argumento de base, mostraría más tarde sus debilidades. Hay otros aspectos a valorar que se ven constatados durante años en la práctica clínica:

- ✓ El nivel de cumplimiento terapéutico debe ser óptimo para que los efectos del tratamiento también lo sean.
- ✓ Este grado de cumplimiento, aun óptimo, tiende a descender a medida que pasa el tiempo (Murphy, Roberts, Martin, Marelich, Hofmann, 2000); aspecto no exclusivo del VIH, sino común a las patologías crónicas.
- ✓ En tercer lugar hay que considerar la toxicidad de los tratamientos, que tiende a agudizarse a mayor tiempo transcurrido.

A estos aspectos, hay que añadir el más importante de todos: El propio paciente, dentro de esta encrucijada, con su personalidad, procesamiento de la información y prioridades (Rabkin, Ferrando, Lin, Sewell, McElhiney, 2000).

El objetivo básico del tratamiento antirretroviral es evitar el deterioro clínico de los pacientes, posibilitando niveles aceptables de calidad de vida (Safren, Radomsky, Otto, Salomón, 2002).

Este objetivo se logra controlando la replicación del virus, lo que permite mantener una situación inmunológica adecuada evitando el desarrollo de complicaciones oportunistas. Puede afirmarse, por tanto, que el objetivo del tratamiento antirretroviral de inicio es lograr la indetectabilidad de la carga viral en plasma, que implica el máximo grado de control de la replicación del virus. Este argumento implica: La carga viral indetectable minimiza el riesgo de deterioro inmunológico y clínico, se asocia a una menor probabilidad de desarrollo de resistencias (García Deltoro, 2003) y permite disponer de opciones terapéuticas futuras para el paciente.

Si unimos criterios, podemos inferir que una única filosofía terapéutica no es válida para todos los pacientes. Por tanto, en los últimos años se han revisado las indicaciones de inicio del tratamiento antirretroviral y numerosos autores y grupos de investigación han orientado su atención hacia estos aspectos. De esta forma la era de la terapia HAART, se ha ido modificando con la aparición de nuevas estrategias.

1.3.3. EFECTOS ADVERSOS

Como se ha comentado anteriormente, los primeros años de historia del VIH, están marcados por el fuerte impacto social producido por la proliferación de casos, el desconocimiento del agente causal originario y, en consecuencia la impotencia en el control de la enfermedad.

En los primeros años de alarma y mortalidad, la investigación se centró en obtener el máximo de información sobre las características del virus, para poder encontrar opciones terapéuticas adecuadas para combatirlo. La constatación de que el virus del VIH, deterioraba sensiblemente el sistema inmunológico, propicio la idea de aplicar fármacos utilizados previamente en el tratamiento del cáncer.

Las múltiples publicaciones sobre los resultados terapéuticos de estas primeras terapias, admiten distintas lecturas, ya que si bien se consiguió el control de la enfermedad en un número importante de pacientes, los efectos adversos producidos, fueron significativamente letales. Pese a ello y a posteriori, parece haber consenso sobre como el beneficio virológico e inmunológico inicial, se traducían años después en menor progresión a SIDA.

La pobreza de los resultados en el control de la enfermedad y la imparable evolución de número de personas afectadas, propició líneas de investigación que favorecieron la presencia de nuevos fármacos antirretrovirales en los años 90.

Es cierto que actualmente se ha elevado la expectativa de vida de los pacientes, pero también es cierto que esta supervivencia se ha visto, y se ve, seriamente afectada por la disminución de su calidad de vida.

Todos los fármacos antirretrovirales pueden desencadenar potencialmente efectos adversos, los cuales se recogen en las tablas incluidas en el Anexo III.

Estas situaciones contrastadas han hecho evolucionar nuevamente los criterios existentes, sobre la prescripción de tratamientos antirretrovirales.

En 2005, el número de fármacos antirretrovirales comercializados para el control del VIH, era superior a 20 e innumerables los estudios sobre las posibles combinaciones farmacológicas.

La tendencia actual es la simplificación de los tratamientos, habida cuenta de los múltiples estudios realizados sobre las dificultades de los tratamientos crónicos y complejos y de los importantes problemas asociados a los efectos adversos. Respecto a la iatrogenia asociada al uso de fármacos antirretrovirales es muy extensa.

1.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE VIH

El abordaje de los aspectos psicológicos del VIH implica:

- ❖ Las conductas de riesgo y vías de transmisión
- ❖ Las respuestas de adaptación a la enfermedad
- ❖ Las patologías asociadas

1.4.1. CONDUCTAS DE RIESGO Y VÍAS DE TRANSMISIÓN

En los últimos años y desde distintos enfoques, se han tratado de analizar las causas subyacentes del aumento de conductas de riesgo en la población general, pese a los potenciales peligros para la salud, o inclusive de muerte, que algunas de ellas llevan asociadas para quienes las practican o para sus allegados: Violencia familiar, (Echeburúa, De Corral, Amor, 1999), conducción temeraria o consumo de tóxicos (Bermúdez, 1999).

Los cambios observados en los modelos culturales en las sociedades industrializadas, se van afianzando mediante la continua emisión de mensajes sobre las características físicas, (belleza) psicológicas (placer) y sociales (éxito), cuyo logro por parte de los sujetos, se convierten paulatinamente en objetivos a alcanzar. Sin embargo, la consecución de estos modelos estereotipados, en lo físico, lo psicológico o lo social, viene acompañada en múltiples ocasiones del desarrollo de pautas o estilos de vida, que pueden comprometer el equilibrio físico, psíquico o social de los sujetos (Raich, 2000).

Esta situación se agudiza en el caso de personas más vulnerables:

- Adolescentes que necesitan modelos a imitar.
- Personas con acceso restringido a la información.
- Sujetos psicológicamente inmaduros.

Estos patrones comunes a la población general, adquieren dentro de la esfera del VIH características específicas, ya que las conductas de riesgo, asociadas a la transmisión de la enfermedad, se distribuyen en dos vectores:

A) Uso de drogas por vía parenteral, compartiendo material venopunzante.

B) Practicas sexuales sin medidas preventivas con personas portadoras.

Tanto el uso de drogas como el mantenimiento de relaciones sexuales, implican una valoración e intencionalidad de la conducta a realizar, asociada a las consecuencias placenteras de la misma.

Entre las situaciones previas a estas conductas de riesgo, el uso de sustancias tóxicas como forma de acceder a estados placenteros, potencia los contactos sociales y/o sexuales.

En estas situaciones desinhibidas es fácil que las medidas preventivas necesarias para evitar la transmisión del virus (uso del preservativo), (no compartir material venopunzante), sean olvidadas.

Junto a ello, la posibilidad de obtención de placer a corto plazo con el consumo de sustancias o por medio de relaciones sexuales, minimiza la percepción de riesgo, al incrementarse la posibilidad de obtener refuerzo a corto plazo. En este contexto es más fácil que finalmente se produzca la conducta de riesgo (Bayés, 1995).

Otro factor a tener en cuenta es que en la actualidad hay un considerable número de personas que desconocen su condición de portadores, lo cual les sitúa fuera de los indicadores estadísticos, siendo, sin embargo potenciales transmisores de la infección. El último aspecto a considerar, son las manifestaciones propias del pensamiento mágico como “yo tenía la certeza de que a mi no me pasaría”, frase que lamentablemente expresan algunos afectados, cuando se han infectado.

Esta afirmación, es todavía más dramática en el caso de personas que realizan prácticas de riesgo de forma sistemática con la certeza “de que no se infectarán nunca” y que no varían sus estilos de vida, pese a las estrategias sugeridas por los correspondientes agentes de salud.

Todas estas situaciones posibilitan la intervención por parte de los profesionales mediante las técnicas y estrategias del Counselling (Barreto, Barbero, 1993) al objeto de implementar cambios en las actitudes y conductas de los pacientes hacia estilos de vida más saludables. Igualmente los profesionales pueden optimizar su intervención con la aplicación de estos modelos (Bimbela, 2001).

Las vías de transmisión, también implican características globales que pasamos a describir, ya que cada una de ellas se asocia a un perfil determinado de pacientes.

TRANSMISIÓN UDPVP

Se trata del grupo de población afectada más amplio, existente en nuestro país y los estudios realizados con usuarios de drogas inyectadas, son sobre los que mas información existe. En los años 80, este grupo fue mayoritario y muchas de las campañas destinadas a reducir la transmisión de la enfermedad, tuvieron como destinatarios a este colectivo de personas.

El perfil psicológico y social de estos pacientes, incluye problemas de conflictividad o desestructuración familiar: *Problemática personal previa, falta de control de los impulsos, rasgos psicopatológicos.*

El apoyo psicológico a estos pacientes, suele acompañarse de historial psiquiátrico previo o paralelo a la psicoterapia.

Además, de los posibles tratamientos psiquiátricos prescritos (ansiolíticos o antidepresivos), un elevado número de estos pacientes presentan características específicas (Araujo, 2002).

TRANSMISIÓN SEXUAL

Grupo emergente, básicamente en la transmisión heterosexual. Dentro de la transmisión sexual, poseen características propias:

Transmisión Homosexual. El perfil del paciente homosexual VIH, incluye, ocasionalmente, historial de problemas psicológicos previos, fundamentalmente por problema asociados a la preferencia sexual.

Esta línea Mills et al. (2004), realizaron un estudio en cuatro ciudades americanas, con pacientes VIH homosexuales, incluyendo un total de 2881 sujetos. Los resultados indicaron niveles de depresión más altos en hombres homosexuales que en hombres heterosexuales.

Los autores, destacan la presencia de alteraciones emocionales previas en los pacientes, por historias de abuso sexual en su infancia, actitudes homófobas sufridas, inclusive con violencia física y en general niveles altos de rechazo por parte de sus colectivos sociales de referencia.

También aparecieron índices altos de depresión, con antecedentes de intentos de suicidio previos y con disfunción sexual reciente. Los autores concluyen la necesidad de considerar todas las variables incluidas y profundizar en la investigación.

Transmisión Heterosexual: Dramático protagonismo de la mujer en la actualidad, con diferencias respecto al hombre en los mecanismos de afrontamiento y en el tipo de problemática psicológica planteada. En los últimos años, asistimos a un aumento sistemático de mujeres afectadas por el VIH. Las cifras estadísticas, facilitadas por los informes de ONUSIDA (2004), permiten observar como van igualándose los porcentajes de transmisión entre hombres y mujeres.

Este desafortunado incremento, requiere especial atención por la distinta evolución del virus en las mujeres y por su potencial capacidad de transmitir el virus a sus hijos mediante la transmisión vertical. Respecto a los mecanismos de afrontamiento utilizados, los estudios realizados hasta la fecha no son muy abundantes, sin embargo algunos ya dan datos sobre las diferencias en los mecanismos de afrontamiento entre hombres y mujeres VIH, confiriendo a esta última una mayor capacidad de integrar la situación de enfermedad (Sikkema, Kochman, DiFranceisco, Kelly, Hoffmann, 2003).

TRANSMISIÓN VERTICAL

La transmisión vertical, aglutina a un grupo pequeño de pacientes, pero que se mantiene y afianza, con los avances en el control del VIH.

Se trata de grupos muy poco estudiados hasta la fecha. En principio son atendidos en pediatría y a partir de 13 o 14 años, van pasando a ser controlados en las Unidades de Enfermedades Infecciosas. Mientras estos pacientes no reciben información acerca de su enfermedad, desarrollan pautas más o menos convencionales, sin embargo una vez conocen su situación médica (entre los 12/14 años), requieren información puntual:

A) Respecto a la posibilidad que tienen de transmitir el virus a otras personas por medio de relaciones sexuales o de adquirir infecciones.

B) Respecto a la importancia de los autocuidados y cumplimiento terapéutico para el manejo adecuado de la enfermedad.

C) En tercer lugar por los posibles mecanismos de adaptación que puedan desarrollar, ya que pueden derivar en conductas agresivas hacia sí mismos o sus padres y de forma más concreta al agente transmisor (madre).

La adolescencia, etapa de cambios hormonales y fluctuaciones emocionales, junto al conocimiento de la infección VIH, puede causar graves repercusiones psicológicas. El establecimiento de nuevas relaciones o parejas, con el condicionante añadido de la enfermedad, contribuye a ello. Los padres, pero básicamente la madre, presentan trastornos emocionales, con un fuerte componente de culpa. En general la problemática psicológica es compleja, requiriendo intervención tanto para los padres como para los hijos (Memoria Proyecto Libra 2004).

TRANSMISIÓN POR HEMODERIVADOS

Los pacientes que contrajeron la infección por hemoderivados, constituyen un grupo minoritario, con un largo historial de problemas físicos asociados a la infección, ya que en ocasiones son también portadores del virus de la Hepatitis C, teniendo la clasificación de coinfectados VIH-VHC.

En líneas generales se trata de individuos integrados socialmente, con estilos de vida convencionales. Sin embargo, la problemática psicológica de estos pacientes es compleja, ya que han debido integrar el diagnóstico y las secuelas de la enfermedad, sin relación causa-efecto entre sus conductas personales y la enfermedad, excepto aquellos eventos vitales por lo que precisaron ser transfundidos.

Los pacientes hemofílicos, que se infectaron por el VIH al ser transfundidos, poseen un largo historial de hospitalizaciones, salud precaria y múltiples complicaciones. Además, como se ha comentado anteriormente, no existe relación entre sus conductas y la infección.

Las medidas sanitarias adoptadas desde hace muchos años y los controles sobre el plasma utilizado en las transfusiones, evitan que se produzcan este tipo de infección.

Con relación a las peculiaridades de los pacientes hemofílicos e infectados por el VIH han sido estudiadas y descritas de forma excelente (Arranz et al., 2000).

1.4.2. RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE ADAPTACIÓN

Los medios de comunicación han realizado, desde el principio, un tratamiento de la información sobre el VIH, que no solo no ha contribuido a su normalización, sino que ha creado alarma social, estereotipos e ideas erróneas sobre los enfermos, en sus potenciales estilos de vida y evolución como afectados. Debido a ello, las personas diagnosticadas VIH, afrontan con un precario equilibrio, los cambios que van surgiendo a lo largo de su enfermedad.

Básicamente existen tres momentos puntuales del proceso de enfermedad, que precipitan estas respuestas desadaptativas y donde se evidencia la repercusión de los mensajes sociales de la enfermedad:

- DIAGNÓSTICO
- HOSPITALIZACIÓN
- TRATAMIENTOS

➤ **DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico de una enfermedad grave, la hospitalización, la presunción de la posible muerte, son considerados estresores de alto impacto, que merecen consideración especial (Bayés, 2001).

Por su parte, el diagnóstico de anticuerpos puede producir situaciones de gran impacto emocional. Socialmente, el VIH es asociado al dolor, al deterioro, al rechazo y a la muerte, de ahí que el diagnóstico en si, pueda desencadenar desbordamiento emocional (Olley, Seedat, Nei, Stein, 2004), e inclusive ideación suicida.

La representación social de la enfermedad, crea en la población general unos estereotipos. Así, frente a un reciente diagnóstico, no es de extrañar que se produzca una auténtica conmoción en muchas personas diagnosticadas. El paciente experimenta muchos temores sobre si mismo y su entorno. Uno de ellos es tener que comentar a los allegados el diagnóstico, lo cual le lleva a anticipar ideas de rechazo o marginación objetiva/subjetiva que deriva en evitación social.

Otra forma posible de reacción es la indefensión o certeza absoluta de que cualquier acción personal, profesional o médica a realizar es inútil, ya que de forma fatalista se anticipan los eventos más dramáticos.

Las posibles formas de respuesta humana frente a estas situaciones de amenaza: *Ira. Depresión. Negación.....* han sido contrastadas en distintas patologías graves y/o crónicas en el entorno hospitalario (Kübler-Ross, 1989).

La negación, muy habitual en el diagnóstico del VIH, es actuar como si el problema no existiera, si esto es así, el paciente no adopta pautas de autocuidados, situándose en riesgo de más complicaciones.

De nuevo estas situaciones por su carga emocional e implicaciones futuras, deben ser canalizadas hacia el uso de estrategias adaptativas, propiciando en los pacientes la optimización de recursos propios y asistenciales (Barreto, Arranz, Moletto, 1997).

El sentimiento de culpa, muy asociado a la patología del VIH, adquiere gran protagonismo en etapas iniciales: Culpabilización por las conductas causantes de la infección, con alteraciones del estado del ánimo y percepción de fracaso. Hace unos años y ya en esta línea de trabajo, estudiamos este tipo de respuestas emocionales, obteniendo resultados, que mostraban la presencia de sentimientos de culpa en los pacientes VIH en porcentajes del 20% (Cánoves, 1998). En el presente estudio, describiremos similares respuestas.

➤ HOSPITALIZACIÓN

El hospital como estructura asistencial, las relaciones hospitalarias, las respuestas del paciente y las relaciones entre equipo técnico y pacientes, forman una compleja red ampliamente investigada y descrita (Rodríguez Marín, 1995).

Un ingreso hospitalario motivado por la presencia de alguna patología, origina impacto emocional y aumenta las distorsiones cognitivas y las respuestas de estrés o depresión. Se trata de situaciones complejas: Por un lado hay una causa real que motiva el ingreso hospitalario y por otra el procesamiento de la información que el paciente puede realizar sobre la situación en la que se encuentra.

Es fácil que aparezcan respuestas de intenso temor, ya que se recrudece la percepción de amenaza para la vida. Esta percepción se intensifica ante la presencia de patologías graves. También pueden aparecer respuestas de hipocondría con rituales de autoobservación.

El paciente puede llegar a situaciones de máxima angustia al verse hospitalizado y anticipar ideas de deterioro y muerte. Al margen de la situación concreta que motiva el ingreso hospitalario, puede percibir signos de deterioro y enfermedad y desarrollar ideas fóbicas. Otro aspecto a considerar, es que en general, un ingreso hospitalario, conlleva la forzosa convivencia de personas con distintos estilos de vida, con distintas formas de afrontamiento y con distintas patologías. En el caso del VIH el ingreso hospitalario, aumenta el impacto de estas situaciones, ya que como se ha descrito previamente, las distintas vías de transmisión, implican distintos estilos de vida y distintas actitudes.

➤ TRATAMIENTOS:

Es conocido que las patologías crónicas, llevan asociados incumplimiento en cifras del 40/60% en tratamientos, que no suponen graves alteraciones en los ritmos de vida. Los estudios sobre adherencia, describen múltiples factores asociados al cumplimiento. En VIH, han proliferado estudios sobre los tratamientos antirretrovirales y las dificultades del cumplimiento (Murphy, Marelich, Hoffman, Steers, 2004).

Las situaciones críticas asociadas son:

✚ **Comenzar a medicarse**, implica para el paciente la implementación de hábitos generalmente difíciles de llevar a cabo. Todas aquellas nuevas pautas que el paciente ha de integrar, suponen a corto, medio o largo plazo, niveles de dificultad que pueden degenerar en el incumplimiento, sobre todo en los regímenes con muchas pastillas o que alteran los ritmos habituales de los sujetos.

✚ **La Estabilidad** propia de las enfermedades crónicas lleva aparejada una serie de dificultades. Aquellos pacientes que se encuentran estables y no presentan patologías asociadas, tienen mayor grado de dificultad en el cumplimiento. El hecho de no obtener a corto plazo ningún beneficio observable, dificulta la realización de conductas saludables que probablemente sean beneficiosas a medio o largo plazo. Podríamos resumirlo diciendo que la estabilidad inmunológica puede actuar de forma contraproducente, ya que conforme la situación biológica mejora, la percepción de riesgo disminuye y puede aparecer incumplimiento terapéutico. La evaluación de todos estos aspectos es actualmente imprescindible al estudiar el cumplimiento en VIH (Tuldrà y Wu, 2002).

✚ **Efectos Adversos**: La iatrogenia producida por los fármacos, implica no solamente los problemas físicos, sino también el impacto emocional que produce. El rango de efectos adversos de los antirretrovirales es muy amplio. Probablemente el más significativo es el síndrome de lipodistrofia, ya que produce tal deformación corporal que vuelve a llevar al paciente al estado de autoaislamiento e indefensión. Los pacientes precisan intervención psicológica específica y apoyo social.

✚ **Fallo virológico:** Situación compleja, que puede obedecer al incumplimiento terapéutico o a la presencia de resistencias, pese al adecuado cumplimiento del paciente. Esta circunstancia, genera grandes dosis de angustia e incertidumbre en el paciente, por la amenaza que supone para su vida.

1.4.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los aspectos relacionados con el procesamiento humano de la información, son de suma importancia en el curso de las enfermedades, predictivos en la evolución de patologías crónicas y de obligada consideración en la problemática del VIH. Sabido es que las cogniciones subyacen en actitudes y conductas, permitiendo al sujeto evaluar su entorno y ubicarse, de ahí la importancia de un funcionamiento adecuado.

Los trastornos psicológicos son frecuentes en VIH, unos de etiología orgánica, debidos al deterioro cognitivo o neurológico, pero muchos de base psicológica, cuya latencia dispara las conductas. Los mensajes sociales sobre la enfermedad contribuyen a esta situación. En este contexto, los trastornos del estado de ánimo son habituales, afectando áreas del comportamiento y del proceso de enfermedad. Estas alteraciones psicológicas cursan con cambios de humor y focalización de eventos negativos. Las respuestas más habituales son:

Ansiedad:

El sujeto ansioso vive en un estado de hipervigilancia. Sobrevalora los estímulos físicos y percibe amenazas continuas, lo que le incapacita para desarrollar estrategias de adaptación; Centra su atención en estímulos percibidos como enfermedad, haciendo abstracción de los atenuantes. Asume, erróneamente, su incapacidad de control e incrementa la demanda de ayuda a los profesionales.

Las manifestaciones habituales son la hiperactividad y una especie de deseo de escape o huida que suele acompañar a estos trastornos. Son también habituales: *Taquicardia, insomnio, irritabilidad, agresividad*.

Depresión:

Las personas con depresión perciben incontrolabilidad de la situación e indefensión frente a la amenaza, su patrón de respuesta les hace aislarse de los recursos (consulta, información).

Los pacientes deprimidos, pueden llegar a ser hostiles a sus allegados por su actitud defensiva, recibiendo poco refuerzo de su entorno.

En este contexto, evitan o niegan la información necesaria para el desarrollo de estrategias.

Las manifestaciones habituales son la anhedonia, que suele implicar: *Tristeza, enlentecimiento, hipersomnia, inhibición o sentimiento de indefensión.*

Estos trastornos se presentan también de forma simultánea, constituyendo la sintomatología ansiógena/depresiva.

En VIH, existen diversidad de investigaciones y trabajos encaminados a cuantificar la incidencia de estos trastornos y a describir su asociación con otras variables. Existe un gran número de trabajos publicados con población muestral significativa de carácter observacional y descriptivo. Las variaciones radican en el tipo de paciente incluido, bien por vía de transmisión o por género, así como por la extracción social y también por las condiciones ambientales donde se recogen los datos.

Así se realizó un estudio (Cohen et al., 2002) para tratar de evaluar los índices de distrés, ansiedad y depresión en HIV en un grupo de pacientes de área urbana atendidos en atención primaria. La muestra seleccionada fue de 101 pacientes que acudían regularmente a la sala de espera de una clínica destinada a personas con SIDA.

A todos estos pacientes, se les administraron dos tipos de registros: El cuestionario HAD y el Termómetro de Dolor. Para completar los datos, se registraron datos biológicos demográficos, médicos, y psiquiátricos de los pacientes a través de la revisión de la historia clínica.

Los resultados del Termómetro de Dolor revelaron que 72,3% tenían puntuación de 5 o mayor, demostrando niveles altos de distrés. Los resultados del HAD revelaron que 70,3% tenían ansiedad alta, con puntuación superior a 7.

En depresión, 45,5% tenían puntuación 7 o mayor. El análisis del HAD total ansiedad/depresión, reveló que 53,5% tenían una puntuación mayor que 15, lo que significaba niveles patológicos.

Respecto a la relación con marcadores básicos de enfermedad (Carga Viral y Cd4), los resultados mostraron mayor índice de depresión en aquellos pacientes con carga viral alta y/o con Cd4 bajos por debajo de 500. Los autores concluyen que los pacientes VIH, muestran valores altos en ansiedad, depresión y distrés. Muchos de estos estudios se han realizado con cohortes de pacientes americanos.

La incidencia creciente de infección de HIV entre mujeres de grupos minoritarios y con bajos ingresos, propició una investigación (Catz, Gore-Felton, McClure, 2002), para tratar de valorar cómo estas mujeres viven con HIV/SIDA. La investigación de tipo descriptivo y observacional, se realizó entre mujeres de minorías étnicas, con bajos ingresos económicos. Los autores entrevistaron a 100 mujeres que recibían cuidados de HIV en un hospital público en el sudeste Estados Unidos. Midieron depresión, ansiedad, eventos vitales (estrés) y apoyo social. También evaluaron características demográficas y médicas.

Con relación a la recogida de datos, los niveles de depresión, tensión y ansiedad, observados en este grupo de 100 mujeres, eran elevados. Los grados más altos de ansiedad y depresión de estas mujeres, mostraban correlación con pobres estrategias de afrontamiento y con la percepción de bajo apoyo social.

Los autores concluyen que el distrés psicológico relacionado con la infección de HIV, puede potenciar problemas de ajuste y aumentar las dificultades de autocuidados, ya de por sí asociados con la pobreza.

Otra modalidad distinta (Heckman et al., 2004), fue realizada para recoger los mismos índices en población VIH, que vivía fuera del área metropolitana; Con objeto de simplificar la recogida de datos, se realizó mediante encuesta telefónica.

El estudio delimita síntomas depresivos y distrés en personas que viven con HIV en áreas no metropolitanas de 13 estados americanos. Los participantes (N=329) se incluyeron en un ensayo clínico aleatorizado mediante encuesta telefónica. Los datos recogidos, informaron que el 60% de pacientes, referían niveles moderados o severos de sintomatología depresiva en el cuestionario de Beck.

El modelo estructural indica que los participantes con sintomatología HIV más severa, menor apoyo social recibido y más estrategias de evitación, experimentaron mayor grado de distrés emocional. (Estructura latente que comprende síntomas de depresión y bienestar emocional). En el mismo sentido, a mayor estigma relacionado con VIH y más rechazo familiar, mayor grado de distrés experimentado.

Las conclusiones del estudio, respecto a la incidencia de sintomatología, indican que el 72% de personas VIH de áreas no metropolitanas, viven con distrés emocional.

Otra investigación reciente (Kemppainen et al., 2003), realiza un interesante estudio sobre las respuestas de miedo y ansiedad, informadas por pacientes VIH, así como el uso de estrategias adaptativas. El propósito del este estudio es describir la frecuencia y correlación de respuestas de miedo y ansiedad autoinformadas y los mecanismos utilizados para el manejo de estos síntomas. Los datos corresponden a una muestra de 422 pacientes VIH. Tanto la ansiedad como el miedo eran síntomas frecuentemente informados. Las conductas y estrategias, desarrolladas por los pacientes, frente al miedo y ansiedad informados (N = 212), mostraban la siguiente distribución:

- Actividades de distracción = 25%,
- Hablar con otros = 21%,
- Usar terapias alternativas o complementarias = 18%,
- Tomar la medicación prescrita = 10%,
- Autoinstrucciones = 9%,
- Uso de sustancias = 9%
- Conductas de evitación = 7%.

Como conclusión, los autores destacan que la presencia de miedo y ansiedad es habitual, con índices significativos, en pacientes VIH y que el uso de estrategias adecuadas, puede reducir los niveles patológicos, siendo indispensables para el manejo clínico.

Además de las alteraciones emocionales en pacientes VIH, también hay trabajos actuales encaminados a evaluar sus necesidades y preocupaciones. En este sentido se realizó un estudio europeo, en población VIH en general, sin discriminar por género, preferencia sexual o estatus social (Anderson y Weatherburn, 2004). En la línea de los trabajos descritos anteriormente, se trata de un diseño descriptivo y observacional y pretende dar una visión actual, sobre el estado emocional y las necesidades reales de los pacientes VIH que viven en el Reino Unido.

La encuesta administrada, recoge 17 áreas de necesidad y fue cumplimentada por 1821 pacientes VIH. El indicador de necesidad central, era una valoración personal de felicidad con el estado actual. De forma general, un 25%, mostraba satisfacción con su estado actual en las distintas áreas de necesidades.

Los porcentajes de discomfort manifestados, eran los siguientes:

Sexo, 40%;
Ansiedad/Depresión, 33%;
Sueño, 32%;
Confianza en sí mismo, 32%;
Dinero, 28%;
Actividades domésticas y auto-cuidado, 18%;
Habitat, 18%;
Apetito, Comer/beber, 17%;
Amistades, 17%;
Discriminación, 16%;
Movilidad, 15%;
Relación con profesionales de salud, 15%;
Relaciones interpersonales, 14%;
Drogas y alcohol, 9%;
Seguir los tratamientos regularmente, 5%;
Conocimientos sobre el VIH, 4%;
Cuidar de los niños, 2%.

Los autores concluyen, que si bien hay pacientes con algunas necesidades cubiertas, todavía son muchos los aspectos y áreas necesarias a resolver para el mejor ajuste, personal, laboral y social que contribuyan a disminuir los niveles de ansiedad y depresión de las personas que viven con VIH.

A la vista de estos estudios, podemos concluir que la problemática del VIH en sus vertientes física, psicológica y social puede constituir un fuerte detonante para la aparición de patología psicológica en los afectados, con ciertas puntualizaciones

- Factores como el rechazo social, la estigmatización y los estereotipos asociados al VIH, constituyen un elemento coadyuvante al desarrollo de estas patologías.
- Otros factores como la identidad sexual, el desarraigo social o la pobreza (económica, cultural y de recursos), agravan la situación de los pacientes VIH.
- Finalmente la suma de estos aspectos pueden incidir en la propia percepción que los pacientes poseen sobre la enfermedad y su proceso, llevándoles a actitudes de autoaislamiento, autoculpabilización e indefensión.

1.5. LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA

1.5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las manifestaciones de la sexualidad son tan antiguas como la propia historia de la humanidad y como tales, han acompañado la evolución de hombres y mujeres. Estas manifestaciones, han debido ceñirse a las corrientes culturales, morales o ideológicas de cada etapa histórica, teniendo por ello, un desarrollo muy desigual (Foucault, 1989).

En Occidente, durante la primera etapa del cristianismo, se produjo un entretreído de concepciones griegas y judías en torno a la sexualidad.

En contraste con el judaísmo que no distinguía entre el amor físico y el espiritual, la doctrina cristiana habló del **EROS** en referencia al amor carnal y de **AGAPE** en referencia al amor espiritual.

Esta diferenciación recogida en el libro *El Cantar de los Cantares* del Antiguo Testamento, fue traducida en 1562 por Fray Luís de León. La consideración de que la obra era un atentado a la moralidad, costó a su traductor un contencioso inquisitorial en su momento. La obra finalmente se editó en nuestro país dos siglos después (Fray Luis de León, 1798).

A final del siglo IV, comienza la Iglesia a manifestar su postura respecto al sexo. San Agustín creía que la lujuria era una consecuencia de la caída de Adán y Eva en el Paraíso y que el pecado original se transmitió a la especie humana en virtud de una sensualidad intrínseca que separó al hombre de Dios (San Agustín, S. IV).

Así pues, el sexo fue condenado en todas sus formas, aunque al parecer se consideraba que la unión sexual, destinada a la procreación, era menos degradante que otros tipos de sexualidad.

Sin embargo, en otras culturas los criterios que regían sobre sexualidad eran distintos. La actitud frente al sexo, del Hinduismo, el Islam y el Antiguo Oriente, era mucho mas permisiva que en Occidente.

En el ámbito de la sociedad hinduista tenía cabida casi todo tipo de comportamiento sexual. El KamaSutra (Vatsyayana), escrito en el S.III o IV, según las distintas fuentes, constituye una pormenorizada relación de posibilidades sexuales. En China y Japón proliferaban esta clase de manuales que ensalzaban los goces del sexo. (Anand, 1990).

Al consolidarse el poder de la Iglesia en Europa, la tradición cristiana sobre la sexualidad adquiere fuerza. Esta era la postura oficial, a excepción de los criterios relacionados con la procreación. Aumentan los cenobios y conventos que en ocasiones ocultaban focos de sexualidad (García Valdés, 1981).

Es en esta época cuando aparece el amor cortés (Siglos XII y XIII), que supone un auténtico rompimiento entre la vida cotidiana y las enseñanzas cristianas: Amores secretos, doncellas, romanticismo, dragones y caballeros se encuentran en los cantos de los juglares de la época (Rougemont, 1978).

Este amor caballeresco suponía en ocasiones un amor carente de sexo (amantes que yacen juntos desnudos sin tener relaciones), que no siempre se correspondía con la realidad (Bérout, 1985).

En el Siglo XV aparece con Erasmo de Róterdam (1469-1536) el **Humanismo**, corriente filosófica que ensalza los valores de la dignidad humana y de la educación como medio de transformar el mundo; no obstante, este pensamiento no fue suficiente para superar las corrientes religiosas que, en cierto modo, asumieron valores que servían a sus propósitos de control social.

El humanismo va a tener una gran importancia en todas las costumbres tanto a nivel moral, como religioso, cultural y artístico, junto con todo el movimiento que supone el descubrimiento de otros continentes, viajes al Oriente rutas de comercio (seda, especies....)

Juan Luis Vives (1492-1540), fue un importante representante de esta nueva corriente de pensamiento. En su libro *De la Instrucción de la muger cristiana* (1523), realiza una defensa de la virtud de la mujer, coherente con el discurso eterno sobre la estigmatización de la sexualidad.

La Reforma protestante, encabezada por Martín Lutero (1483-1546), Calvino (1509-1564) y otros, fue algo más permisiva. Lutero, hombre de ideas liberales, no consideraba que el sexo fuese algo reprobable y tampoco consideraba signos de virtud el celibato o la castidad. Además por aquella época Europa sufrió una epidemia de sífilis y puede que aquello fuese un momento histórico para limitar la promiscuidad sexual.

Esta consideración de la sexualidad, se mantuvo idéntica hasta mediados del siglo XIX, donde nuevas corrientes ideológicas, permitieron el establecimiento de teorías y análisis con la intención de situar a la sexualidad como una actividad natural y necesaria, promulgando su liberación como fuente de salud tanto física como social.

En la época victoriana, el puritanismo se impuso en Europa, si bien menos relacionado con factores religiosos que en épocas anteriores. Se suponía, inocencia y decoro en las mujeres y en los niños y esto había que salvaguardarlo a toda costa. Era la época de la Revolución Industrial y esto también marcaría grandes cambios sociales.

Ricard von Krafft-Ebing, (1840-1902), estableció una lista pormenorizada de todo tipo de anomalías existentes, considerándolas perversiones sexuales.

Su obra *Psychopathia Sexualis* (1886), aporta un poco de comprensión a las personas que realizaban estas conductas, pero al mismo tiempo lo tipifica como perversiones y mezcla conceptos como las alteraciones (a las que denomina perversiones sexuales), locura, delincuencia etc. (Krafft-Ebing, 1965).

Centró sus investigaciones en colectivos marginales (cárcel, manicomios) por lo que realiza descripciones espeluznantes de los sujetos (canibalismo, necrofilias, crímenes sexuales). Pese a ello, se le considera el padre de la sexología moderna.

Otros autores, comienza a trabajar con conceptos muchos mas objetivos, y si bien aun perviven las ideas puritanistas, las obras de Iwan Bloch (1872-1922) (Bloch, 1908) y Havellock Ellis (1859-1939), con sus aportaciones (Ellis, 1913), formaran un buen punto de partida para cambiar las ideas respecto al sexo y a la sexualidad.

Desde otros enfoques más abiertos, la evolución social y sexual de los seres humanos, también fue estudiada.

Así Engels (1820-1895) en su conocida y clásica obra *El origen de la Familia* (1884), analiza las relaciones de los grupos humanos primitivos y su evolución hasta configurar las normas familiares actuales. Para ello, retoma las teorías de algunos estudiosos del tema: Bachofen, MacLennan y Morgan que realizaron sus investigaciones en pequeños grupos humanos y/o tribus, durante años de observación directa. De acuerdo con ello, las etapas históricas por las que ha pasado la estructura familiar, serían las siguientes:

✓ MATRIMONIO POR GRUPOS

Estadio previo, donde se supone la relación recíproca de grupos enteros de hombres, con grupos enteros de mujeres. No se conocen ni el concepto de incesto ni el de los celos. Este estadio, es el menos validado científicamente.

✓ FAMILIA CONSANGUINEA

Los grupos conyugales se separan por generaciones, excluyéndose las relaciones sexuales entre padres e hijos.

✓ FAMILIA PUNALUA

Exclusión de relaciones sexuales entre hermanos y hermanas, se perfilan mejor los distintos grados de parentesco. En estos grupos, no se sabe quien es el padre de los hijos, pero siempre se sabe quien es la madre.

✓ FAMILIA SINDIASMICA

Se comienzan a crear vínculos conyugales monosanguíneos que se disuelven fácilmente. Los hijos pertenecen solamente a la madre. Al propio tiempo, se va estableciendo una mejor configuración fisiológica. El matrimonio entre gentes no consanguíneas, engendra una raza de individuos más fuertes.

Preponderancia de la mujer y aparición del matriarcado.

✓ MONOGAMIA

Surge para asegurar la fidelidad de la mujer y la paternidad de los hijos engendrados por ella. Para que esto sea efectivo, la mujer es entregada al poder del hombre. La diferencia con la familia sindiásmica es que los vínculos conyugales son muchos más sólidos y su disolución, por tanto, ya no es facultativa. Con la monogamia, aparece el adulterio, prohibido con severas penas y castigado con rigor.

1.5.2. MODELOS SEXUALES CLASIFICATORIOS

La primera aproximación al análisis científico de la sexualidad la encontramos en Sigmund Freud (1856-1939), quien discrimina entre **sexualidad y procreación** y **sexual y genital**, indicando que la sexualidad colabora al desarrollo evolutivo de la persona. Según Freud, el desarrollo sexual incluye las fases oral, anal y genital. La alteración de una de estas tres fases conduce, según su teoría a la aparición de trastornos específicos sexuales o de la personalidad (Freud, 1905). Otros autores de la época, realizaron también su aportación, suscitando polémica social (Reich, 1927).

A mediados del siglo XX, Albert Kinsey (1894-1956) realiza la primera investigación científica de la sexualidad, analizando mediante entrevistas el comportamiento sexual de más de 17.000 personas. El famoso estudio Kinsey fue pionero, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948), (Kinsey, Pomeroy, Martin, Gebhard, 1953). En este contexto se publican obras que abordan abiertamente la conducta sexual (Street, 1959).

Posteriormente Master y Jhonson (1966), valoraron en su laboratorio experimental la fisiología clínica subyacente en las respuestas sexuales humanas, entrevistando a cientos de parejas y estableciendo las bases del análisis de la conducta sexual que siguen vigentes en la actualidad.

Ante la evidente importancia de los aspectos sexuales como parte de la conducta humana la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define en 1974 la salud sexual como **“la aptitud para disfrutar de la sexualidad”**.

Actualmente la sexualidad se considera un proceso, que define tanto pulsiones conductuales como posición de género en los seres vivos cuya definición es compleja y difícil de conceptualizar por las distintas acepciones que culturalmente se le da a la sexualidad.

Su análisis integra diversas disciplinas: *Psicología, Fisiología, Biología y Sociología*, por lo que el estudio de la conducta humana debe incorporar el área sexual. De esta forma, también los trastornos asociados a la conducta sexual son objeto de estudio y análisis.

La definición y evaluación actual de la sexualidad y sus trastornos, se realiza con relación a los siguientes modelos clasificatorios:

1.5.2.1. MODELO DE HELEN KAPLAN

Modelo que clasifica los trastornos sexuales en torno al concepto trifásico de la respuesta sexual (Kaplan, 1985).

El libro se ordena en torno a dicho concepto trifásico de la respuesta sexual, catalogando las disfunciones sexuales en síndromes diferenciados que afectan a las fases de **DESEO - EXCITACION Y ORGASMO**. Se corresponde sobre todo con las pautas de DSM III.

Según Kaplan, para comprender y tratar una disfunción sexual, hay que determinar el síntoma o molestia principal, emitir un diagnóstico acertado y precisar la etiología.

Incluye diagnóstico diferencial entre las causas orgánicas y las psicológicas y un análisis de los componentes psicológicos del problema. Sugiere el uso de la entrevista estructurada y que se realicen las siguientes preguntas.

¿Padece el paciente en realidad un trastorno sexual?

¿Cual es el diagnóstico?

¿Se trata de un síntoma orgánico o psicógeno?

¿Deriva el síntoma de otro trastorno psiquiátrico?

¿Cuales son las causas psicológicas inmediatas?

¿Existen causas psicológicas mas profundas? ¿Cuales?

¿Que gravedad revisten las causas psicológicas?

¿Cuales son los factores que marcan la convivencia conyugal?

El modelo sugiere la recogida de datos médicos y psicológicos, dando protagonismo a lo procesos cognoscitivos y emocionales que desempeñan un papel activo y específico en los mecanismos del sujeto, lo que da lugar al síntoma que se nos muestra.

Aspectos farmacológicos, bio-farmacológicos y aspectos biológicos, complementan el análisis de las disfunciones de este modelo clásico.

1.5.2.2. MODELO DE MASTER/JHONSON Y KOLODNY

La primera investigación de Master y Jhonson, tiene bases conductistas, propias de la etapa en que tuvo lugar. Sin embargo, en su obra posterior (Master, Jonson, Kolodyn, 1995, ya aparece el término Deseo Sexual Inhibido (DSI), muy asociado a pautas de vida actuales.

La contribución de estos autores para la interpretación de las alteraciones sexuales, se centra en aspectos de comprensión del problema (cognitivo) junto con aspectos médicos, psicológicos y sociales.

El modelo, sugiere como deben ser contempladas también otras situaciones a la hora de la evaluación del trastorno sexual:

- ❖ Aspectos físicos relacionados con la sexualidad (por Ej. minusvalías y deficiencias).
- ❖ Enfermedades orgánicas (cardiovasculares, cáncer, alcoholismo, prótesis).
- ❖ Enfermedades psiquiátricas y aspectos relacionados con la sexualidad.
- ❖ Apartados relativos a drogas, infecciones y sexualidad.

1.5.2.3. CLASIFICACIÓN DEL DSM IV-TR

Modelo que define el ciclo de la respuesta sexual humana por ejes y categorías (DSM IV-TR 2002).

Las fases descritas y aceptadas por el DSM IV-TR, son las siguientes:

- ❖ Deseo. Fantasías sobre la actividad sexual y deseo de llevarlas a cabo.
- ❖ Excitación. Sensación subjetiva de placer, acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios del varón se caracterizan por la tumescencia peniana y la erección. En la mujer aparece vaso congestión generalizada de la pelvis, lubricación y expansión de la vagina y tumefacción de los genitales externos.

- ❖ **Orgasmo.** Consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria que va seguida de la emisión de semen. En la mujer, se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer, el esfínter anal se contrae de forma rítmica.
- ❖ **Resolución.** Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella, los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo, durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior, casi inmediatamente.

Con respecto a las disfunciones, el clínico que realiza la evaluación de trastornos, ha de considerar los conceptos: *persistente, recurrente o recidivante*.

Se pueden utilizar los subtipos: **Inicio Contexto y Etiología.**

Inicio: De toda la vida.

Adquirido (Aparece tras un período de actividad sexual normal).

Contexto:

General: (No limitado a estímulos, compañeros, eventos).

Situacional: (Limitado a estímulos, eventos, compañeros)

Etiología: Factores que predominan o factores combinados.

Según el DSM IV-TR, no se debe diagnosticar trastorno sexual, si éste se explica mejor por la presencia de otro eje (Ej. depresión mayor).

Igualmente deben excluirse las causas médicas antes de diagnosticar.

1.5.2.4. OTRAS APORTACIONES

A la vista de la bibliografía existente, observamos que en los años 80, se produce un cambio en la percepción de la sexualidad, hacia parámetros normalizados, intentando ubicar a la sexualidad como una expresión más de la conducta humana.

En este sentido, diversos autores han realizado interesantes aportaciones al estudio de la sexualidad, para favorecer su integración como una expresión más de la conducta humana. Así Hawton (1986), publica un manual de terapia sexual, donde tienen cabida tanto los aspectos puramente médicos, como los psicológicos y sociales, como pueda ser la historia de aprendizaje de los sujetos.

En nuestro país y en coherencia con estos nuevos enfoques, también se han publicado diversos trabajos a partir de los años 80, de los cuales realizamos una breve reseña con los aspectos más significativos a nuestro juicio.

CARROBLES (1981) El autor comenta que el origen de la problemática sexual, tiene connotaciones sociales, al vivir la sociedad actual un momento de “*énfasis en la ejecución sexual*”, donde existe mayor información, pero también mayor miedo a fracasar, generando esto gran cantidad de neurosis y problemas de tipo sexual. El autor indica también, que quizás no se trate de un mayor incremento de problemática, sino de un aireamiento de estos problemas. Entiende por disfunciones aquellas relacionadas con la relación heterosexual y añade la ansiedad como variable.

Propone tres criterios para clasificar: Médico Estadístico y Sociológico. Habla de un sistema único clasificatorio descriptivo conductual, sin referencia a trastornos o enfermedades subyacentes, viniendo a ser una síntesis de los existentes. Este sistema consta de cuatro categorías de clasificación:

- La categoría relacionada con el proceso psicofisiológico.
- Satisfacción subjetiva del sujeto sobre su conducta sexual.
- Problemas Sexuales por actitudes negativas, falta de información, creencias erróneas.
- Trastornos psicosexuales o de interacción entre los miembros de una pareja.

Incide en la importancia de la evaluación conductual o análisis funcional de la conducta, que incluye la determinación total de las variables implicadas en la conducta, entre las cuales estaría la satisfacción subjetiva así como el análisis de tres componentes: Motor Cognitivo y Fisiológico.

En función al momento del ciclo de la respuesta sexual donde hay disfunción, refiere:

Excitación Orgásmica y Resolutiva.

También recoge subcategorías clasificatorias para la evaluación del tipo de trastornos:

Por sexo: Específicas del hombre y específicas de la mujer.

Por la dimensión temporal: Primaria y Secundaria.

Dimensión situacional: Generalizada, Selectiva.

Por tipos o categorías: a) Satisfacción subjetiva b) creencias y actitudes y c) psicosexuales o relación general de la pareja.

Por último, incluye el autor, los cuestionarios utilizados hasta ese momento para la evaluación de los trastornos sexuales.

LABRADOR (1994) En su libro el autor indica: *“hay que considerar a las disfunciones sexuales como aquellos problemas fisiológicos, cognitivo-afectivo o conductuales que dificultan a la persona participar o disfrutar plenamente de las actividades sexuales”*.

Considera el ciclo sexual un continuo, proponiendo 5 fases para su descripción:

Deseo - Excitación - Meseta - Orgasmo - Resolución.

En cuanto a las causas, considera que además de los factores físicos y psicológicos, deben ser evaluados:

Factores predisponentes (en especial experiencias tempranas).

Factores precipitantes.

Factores de mantenimiento.

También enfatiza la ansiedad como precipitante en la impotencia.

Con respecto a la evaluación de las disfunciones sugiere explorar las áreas

Médica - Psicológica - Sexual y Pareja.

En esta última incluye:

Historia sexual. Conductas sexuales habituales. Factores actitudinales frente a la sexualidad. Defensas y prejuicios intrapsíquicos. Situaciones interpersonales. Estatus psicopatológico. Aspectos biológicos.

CRESPO, LABRADOR, DE LA PUENTE. (1997) Los autores realizan en su capítulo una revisión y valoración de conceptos y referentes culturales previos sobre la sexualidad y cambios ocurridos desde hace 30 años, así como aspectos de la identidad sexual desde la fecundación y posterior evolución cronológica en individuos.

En cuanto a las fases de respuesta sexual, se refieren a Master y Jhonson, así como a Kaplan y refieren:

Excitación- Meseta o mantenimiento- Orgásmica- Resolución

Posteriormente, describen como las clasificaciones actuales, hacen referencia a factores multiaxiales entre las que se incluyen dimensiones como: *Satisfacción sexual, fase ciclo sexual alterado, dolor coital, duración del problema, globalidad, etc.*

Incluyen también los procesos fisiológicos implicados en la respuesta sexual, tanto en hombres como en mujeres.

Respecto a los aspectos terapéuticos, dan unas orientaciones para los pacientes con disfunciones, a aplicar en coordinación con sus parejas:

Modificar las conductas de ambos. Requisito previo: Información sexual clara, lo cual a veces es suficiente para mejorar la disfunción. Disminuir la ansiedad mediante técnicas de relajación, técnicas de inoculación de estrés etc... Aumento de la comunicación y mejora en las relaciones generales. Entrenamiento para desarrollar nuevas conductas sexuales.

También incluyen el concepto de deseo sexual inhibido (DSI) como una de las categorías con más demanda y al mismo tiempo la de más difícil conceptualización, ya que no existen datos para establecer con que frecuencia debe experimentar deseo una persona. A esto hay que añadir, que en este sentido, el aburrimiento y la rutina, también inciden en la falta de deseo sexual.

Sobre la impotencia en el hombre, estiman que en un 90% de los casos, es debida a factores psicológicos. Entre las causas psicológicas ocupa un lugar destacado la ansiedad y la preocupación obsesiva por lograr una erección adecuada.

Una primera situación, asociada a una causa directa, produce una mala ejecución. A partir de ello, puede aparecer ansiedad anticipatoria de ejecución y esto, se puede convertir en un proceso circular. El mismo proceso es definido por Master y Jhonson como miedo al fracaso y ansiedad por satisfacer a la pareja.

CARROBLES, SANZ (1998) Los autores, retoman conceptos de anteriores publicaciones, actualizándolas con la inclusión de enfoques o términos más actuales.

En un primer término se expone el marco conceptual donde se ubican los problemas sexuales.

En un segundo apartado, se realiza una propuesta de un modelo general para la evaluación y tratamiento de estos problemas.

Finalmente hay un apartado exclusivamente terapéutico, donde se abordan las estrategias y habilidades recomendadas para la mejora de las disfunciones. En este apartado, se describen igualmente las principales dificultades que pueden encontrar los terapeutas en la aplicación de la terapia sexual y las sugerencias de intervención para su manejo.

LABRADOR, CRESPO (2003) La revisión de estos autores, es una aproximación a la problemática sexual, siendo lo más relevante:

Caracterización de las disfunciones y su diagnóstico.

Dificultades del DSM-IV en cuanto a la subjetividad de los criterios.

Datos epidemiológicos (actualmente muy escasos).

Criterios para el establecimiento de un tratamiento eficaz.

Problemas metodológicos de algunos modelos aplicados.

Revisión de modelos de terapia en la disfunción masculina.

Revisión de modelos de terapia en la disfunción femenina.

1.5.3. PROBLEMÁTICA SEXUAL EN VIH

A la vista de cuanto acabamos de describir, resulta obvio considerar que el estudio de la conducta sexual humana lleva implícito asumir muchas dificultades. Si además este abordaje se realiza en el contexto de una enfermedad como el VIH, aumenta sensiblemente el grado de dificultad.

En líneas generales y en función a estereotipos culturales el hombre se muestra mas reticente a solicitar ayuda al valorar la presencia de dificultades, mientras que las mujeres suelen ser mas proclives a buscar recursos y ayuda en la resolución de conflictos, en función a las diferencias de género (Barberá, 1998).

Si las dificultades planteada son de tipo sexual, pueden llegar a producir en el hombre inhibición sexual, polarización del pensamiento y magnificación del problema, aspectos descritos por la mayoría de autores que hemos referido anteriormente, básicamente en las disfunciones masculinas.

En las mujeres, la problemática sexual, ha sido mucho menos estudiada hasta la fecha, a excepción de investigaciones puntuales (Hite, 1977). Sin embargo, la sexualidad femenina, con sus características propias, merece una consideración especial, por la amplitud de matices que su expresión lleva implícita (Sanz, 1992).

En el contexto del VIH, se ha hablado de sexualidad, básicamente desde la prevención (programas de educación para la salud, campañas informativas), se puede considerar el enfoque social del problema. Sin embargo, existe otro enfoque, menos descrito, que es el referente a las disfunciones sexuales.

En función a las clasificaciones existentes en la actualidad, un abordaje global del problema debe contemplar estos aspectos.

A) Aspectos Funcionales

Se distribuyen en las distintas fases de la respuesta sexual:

DESEO EXCITACIÓN ORGASMO Y RESOLUCIÓN

B) Aspectos Clínicos

Deben ser valorados los aspectos clínicos del paciente en su proceso de enfermedad: Situación inmunológica. Niveles hormonales. Consumo de drogas.

C) Aspectos Farmacológicos

Deben ser considerados los tratamientos antirretrovirales.

D) Aspectos Contextuales

Existen distintos perfiles en función al contexto sexual de los pacientes:

Individual:

Varón heterosexual sin pareja; Varón homosexual sin pareja;

Mujer heterosexual sin pareja; Mujer homosexual sin pareja.

Parejas: Parejas heterosexuales VIH; Parejas discordantes VIH;

Parejas homosexuales VIH; Parejas homosexuales discordantes.

E) Aspectos Psicológicos

Son los menos investigados hasta la fecha. Sin embargo y por las características psicológicas y sociales asociadas al VIH, son de sumo interés. Existen parámetros comunes a los pacientes VIH con disfunciones sexuales, que interfieren en el área cognitiva: Una vivencia muy impactante para los pacientes, es el sentimiento de culpa por haber contraído la enfermedad; su asociación con conductas del pasado, exacerba la percepción de castigo por las consecuencias actuales.

Con frecuencia (sobre todo en varones), asumir medidas preventivas, no utilizadas previamente, (uso del preservativo, cambio de prácticas sexuales) provoca inhibición sexual. Este repertorio incide en las repuestas de forma circular: Anticipación de consecuencias. Rol del espectador. Otros aspectos son los relacionados con la existencia o no de pareja estable o el rechazo por parte de parejas puntuales debido al VIH.

La carencia de pareja, debido a la infección por VIH, aumenta la percepción de no ser capaz de llegar a tener unas relaciones sexuales normalizadas.

Si hay pareja estable, aparece el temor a transmitir el virus. En ocasiones son los temores e inhibiciones de la potencial pareja, la que genera el mismo tipo de situación. Estas situaciones se agravan cuando ambos miembros de la pareja comparten los temores (Cánoves, 2000).

F) Aspectos Sociales

Por último existen una serie de elementos, asociados a la infección por VIH, que va a hacer que los problemas sexuales se agraven o por se atenúen.

Historial previo del paciente, su evolución y funcionamiento sexual anterior; la existencia o no de pareja estable y el grado de comunicación previo y actual con su pareja.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la presente investigación, es valorar la problemática psicológica de los pacientes VIH que actualmente están en seguimiento clínico, en una Unidad Hospitalaria y de forma específica, los aspectos relacionados con la sexualidad.

A partir de este objetivo general, se plantean otros objetivos específicos:

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir las características sociodemográficas, clínicas, farmacológicas y psicológicas de los pacientes incluidos en el estudio.
- ❖ Describir la problemática sexual existente en los pacientes VIH, objeto de estudio.
- ❖ Explorar los niveles de ansiedad y depresión presentes en los pacientes con disfunción sexual.
- ❖ Analizar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y la problemática sexual descrita por los pacientes.
- ❖ Analizar la relación entre la intervención psicológica realizada y el cambio en la satisfacción sexual de los pacientes.

2.2. HIPOTESIS

Los avances en investigación y tratamientos, sitúan al VIH en la categoría de enfermedad crónica, aumentado así la supervivencia de los pacientes. Este incremento en las expectativas de vida, hace deseable el que la supervivencia se de en unas condiciones básicas de confort.

Sin embargo, la adscripción a regimenes terapéuticos generalmente invasivos, compromete la calidad de vida, ya que estos fármacos contemplan diversos grados de toxicidad y efectos adversos.

De esta forma, mientras por un lado, se consigue un alto grado de supervivencia, por otro aparecen demandas emergentes: *Síndrome de lipodistrofia, Problemas Sexuales*.

A la vista de la revisión de la literatura existente, planteamos las siguientes hipótesis:

- ✚ Las disfunciones sexuales, estarán relacionadas con los tratamientos antirretrovirales y de forma más específica con los Inhibidores de la Proteasa (IPs).
- ✚ Las disfunciones sexuales observadas en los pacientes, se distribuirán en las distintas fases del ciclo sexual: *Deseo, Excitación Orgasmo y Resolutiva*.
- ✚ Las alteraciones sexuales estarán relacionadas con los niveles de Ansiedad y Depresión observados en los pacientes.
- ✚ El apoyo psicológico, facilitará la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, contribuyendo a incrementar el grado de satisfacción sexual percibido.

III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. ESTUDIO

Desde que se tuvieron las primeras noticias de la presencia del VIH hasta nuestros días, han transcurrido 25 años; en ese periodo ha promovido investigación y publicaciones, en tres líneas:

1- Médica

- ✓ Alarmista en los primeros años de la enfermedad, dada la corta expectativa de vida de los pacientes entonces.

2- Social

- ✓ Abundante, sesgada y carente de parámetros objetivos.

3- Psicológica

- ✓ Menos abundante y centrada en colectivos concretos (personas con adicciones tóxicas, con distintas preferencias sexuales privados de libertad o trabajadores del sexo).

En nuestro país, el considerable aumento de pacientes VIH, propició, a finales de los años 90, la creación de Unidades hospitalarias específicas para su control y seguimiento clínico, siendo una de ellas la existente en el Hospital General Universitario de Valencia. Este Hospital da cobertura al área de salud 08 con una población de 350.000 habitantes aproximadamente, del que dependen 15 zonas básicas de salud.

A principios de 1998, a la vista de las distintas problemáticas planteadas por los pacientes VIH de la Unidad de este Hospital, me fue propuesto llevar a cabo apoyo psicológico a los mismos, para lo cual elaboré el "PROYECTO LIBRA" (Cánoves et al., 2000).

Desde entonces hasta ahora, la enfermedad se ha ido extendiendo en el tejido mundial de la sociedad, afectando a personas de distinto status social, distinta identidad sexual, distintas creencias y distintos estilos de vida.

Parece por tanto conveniente disponer de una visión más amplia sobre las características de los pacientes VIH en su condición de afectados, así como de las demandas emergentes, entre las que destaca la problemática sexual. Este planteamiento, justifica la necesidad del presente estudio, realizado con pacientes VIH en seguimiento en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Valencia.

3.1.1. SUJETOS

El grupo inicial, está formado por 700 pacientes VIH de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Valencia.

El periodo de inclusión, comenzó en Abril de 1998 y se ha llevado a cabo durante siete años, estableciéndose la línea de corte en Marzo del 2005.

Los datos recogidos, se distribuyen en 3 grupos:

- ✓ A- Población total incluida (N=700).
- ✓ B- Subpoblación, formada por pacientes con disfunción sexual y que han sido evaluados psicológicamente con el cuestionario HAD al principio y al final del estudio, habiendo recibido apoyo psicológico (N= 180).
- ✓ C- Subpoblación formada, por pacientes con disfunción sexual, que han sido evaluados psicológicamente con el cuestionario HAD al principio y al final del estudio y también en aspectos de sexualidad mediante hoja de registro específica, habiendo recibido apoyo psicosexual (N= 47).

3.1.2. VARIABLES

Las variables recogidas, se distribuyen en las siguientes áreas:

SOCIODEMOGRÁFICAS	Género Edad Estado civil Hijos Nivel cultural Situación laboral Vivienda Preferencia sexual
--------------------------	--

VIH: CLÍNICAS	Tiempo diagnóstico Vía transmisión Estadío Cd4 iniciales Cd4 finales Viremia inicial Viremia final
VIH: FARMACOLÓGICAS	Situación tratamientos Tiempo con medicación Tratamiento antirretroviral

PSICOLÓGICAS:	Antecedentes psicológicos Antecedentes psiquiátricos Motivo demanda Número consultas del paciente Apoyo familiar Tipo intervención psicológica Principal preocup. Psicológica Ansiedad inicial Ansiedad final Depresión inicial Depresión final
PSICOLÓGICAS: CUMPLIMIENTO	Compartir diagnóstico Causas Capacidad seguir tratamiento Nivel cumplimiento
PSICOLÓGICAS: AFRONTAMIENTO	Pensó tras el diagnóstico Hizo tras el diagnóstico

ÁREA SEXUALIDAD:	Problemas sexuales Criterios DSM-IV-TR Inicio problema Situacional Atribucional Búsqueda ayuda profesional Tratamiento previo profesional Consumo tóxicos Satisfacción sexual inicial Tiempo terapia sexual Satisfacción sexual final
-------------------------	---

3.1.3. INSTRUMENTOS Y RECOGIDA DE DATOS

El material utilizado para la recogida de datos, ha sido parcialmente diseñado para este estudio y parcialmente se han utilizado cuestionarios validados.

Hojas de Registro

En primer lugar, en 1998, se diseñó una hoja de registro (**Libra-1**) destinada a la recogida de datos generales y de cumplimiento terapéutico (Anexo I).

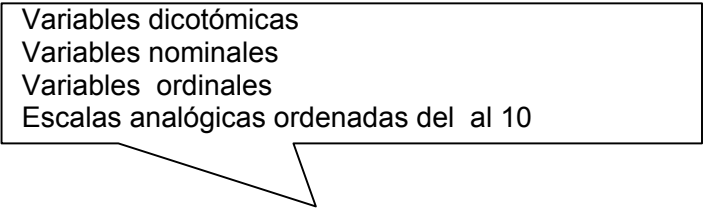
Posteriormente, en los años 2000 y 2001, se rediseñó la hoja de registro, omitiendo parte de los ítems relativos al cumplimiento por haber sido cumplimentado ya por el número previsto de pacientes (100).

Al mismo tiempo se incorporaron algunos aspectos no contemplados hasta entonces, como las respuestas de afrontamiento de los pacientes frente al diagnóstico de VIH, por medio de preguntas abiertas (**Libra-2**) (Anexo I).

Finalmente en el año 2002, se remodeló de nuevo la hoja de registro, a fin de añadir como variables las nuevas familias de fármacos antirretrovirales por entonces existentes como opciones terapéuticas.

Se eliminaron algunas escalas numéricas para agilizar la recogida de datos, quedando de forma definitiva con el formato que ahora posee (**Libra-3**), también incluido en el Anexo I.

Las Hojas de registro general (Libra1, Libra2 y Libra 3), contienen:



- Variables dicotómicas
- Variables nominales
- Variables ordinales
- Escalas analógicas ordenadas del 1 al 10

Además de la hoja de registro general de datos, se han elaborado otras, destinadas a intervenciones puntuales:

L1Gr. – Hoja de registro para participantes en grupo de apoyo del Hospital, con escalas analógicas y preguntas abiertas (Anexo I).

L2Li. – Hoja de registro para evaluación del impacto psicológico sufrido por los pacientes con síndrome de lipodistrofia, constituida por escalas analógicas y preguntas abiertas (Anexo I)

L3Af. – Hoja de registro para evaluación de las respuestas emocionales a partir del diagnóstico de VIH, así como de las acciones llevadas a cabo a partir del mismo por los sujetos, constituida por preguntas abiertas con alternativas. (Anexo I)

Finalmente y a fin de recoger información sobre la problemática sexual, se ha diseñado:

LSx1. – Hoja de registro para evaluación de problemática sexual.

En ella se recoge información:

Demográfica, biológica y social y añade las específicas:

Fases descritas por el DSM-IV-TR, así como ejes temporales y situacionales.

Atribuciones de la disfunción realizadas por el paciente.

Búsqueda de soluciones o ayuda previa profesional.

Tratamientos recibidos anteriormente.

Fechas de inicio y finalización de la terapia psicosexual.

Niveles de satisfacción sexual previos/finales (Escala 1/10)

Cuestionarios validados

➤ ESCALA DE ANSIEDAD/ DEPRESION EN HOSPITAL (HAD).

Zigmond, Snaith

Zigmond y Snaith (1983), diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad, en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena y Berrios y ha sido validada por Tejero y colaboradores en 1986.

La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones.

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente, con la sintomatología propia de su enfermedad física.

Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonía (pérdida de placer).

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

0-7	Normal
8-10	Dudoso
>10	Problema clínico

Las preguntas están formuladas en presente, aunque el marco temporal hace referencia a la semana previa; en algunos ítems se evalúa la intensidad del síntoma y en otros la frecuencia y las categorías de respuesta varían ligeramente de uno a otro ítem en las expresiones verbales utilizadas. (Anexo I)

EI WHOQOL (WHOQOL Group 1995).

El otro instrumento de medida validado que se ha utilizado ha sido el Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; (WHOQOL Group 1993) para la evaluación de Calidad de Vida en su modalidad Breve (WHOQOL-BREF), utilizado solamente para programas específicos del Hospital.

- Este cuestionario, ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona.
- Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen.
- Fue diseñado para ser usado, tanto en la población general, como en pacientes hospitalarios.
- Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: El WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF.

El WHOQOL-100, está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de seis dimensiones: Salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad (religión creencias personales) y de 24 facetas. Cada faceta está representada por cuatro preguntas.

Por su parte el WHOQOL-BREF, contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y de 2 preguntas globales: Calidad de vida global y salud general. Cada ítem, tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos, producen un perfil de cuatro dimensiones: Salud física, Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL, es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, puede ser cumplimentado por el entrevistador.

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de población: *personas en contacto con servicios sanitarios (pacientes)*, *personal sanitario* y *personas de población general*. Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de estos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

Dado el desarrollo del WHOQOL de forma paralela en 15 países, existen valores de referencia para las puntuaciones de las facetas y de las áreas que contiene en cada uno de los países en los que ha sido desarrollado. El WHOQOL-BREF evalúa adecuadamente las áreas relevantes de la calidad de vida en un gran número de culturas en todo el mundo.

A pesar de que solo es una cuarta parte del WHOQOL-100, el WHOQOL-BREF, incorpora la amplitud y la comprensibilidad de la forma completa, incluyendo preguntas o ítems de cada una de las 24 facetas. El WHOQOL-BREF, proporciona una alternativa excelente a la evaluación de los perfiles de las áreas, utilizando el WHOQOL-100. Proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas; sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas.

Se utiliza básicamente en epidemiología, en la clínica diaria y en ensayos cuando el concepto de la calidad de vida sea interesante, pero no el objetivo principal del estudio. (Anexo I)

En nuestro caso y dadas las características concretas, lo hemos utilizado para un programa específico del Hospital; aunque existen otras adaptaciones de instrumentos de medida validados para el estudio de la calidad de vida de los pacientes VIH (Badia, Salamero, Alonso 2003).

3.2. PROCEDIMIENTO

La inclusión de pacientes, se ha producido a demanda de algún miembro del equipo técnico o por solicitud del paciente o algún familiar suyo, de acuerdo con las condiciones clínicas y procedencia de los pacientes: Consultas Externas, Sala de Hospitalización y Ectópicos.

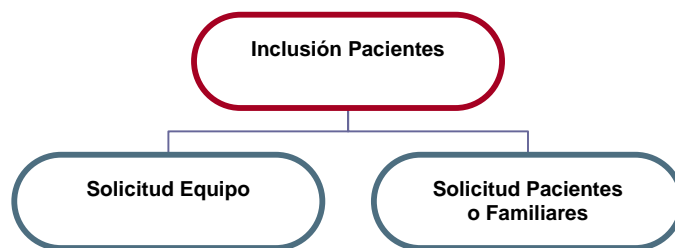


Figura 1: Derivación/Inclusión pacientes



Figura 2: Procedencia de los pacientes

3.2.1. PACIENTES

La dinámica de trabajo seguida, en función a la procedencia de los pacientes, es la siguiente:

Pacientes de Consulta Externa:

En el curso de la visita el paciente comenta a su médico alguna situación emocional, anómala o bien es el médico quien detecta dicha circunstancia. Se le comenta al paciente la posibilidad de mantener una entrevista con la psicóloga de la Unidad y si el paciente está de acuerdo, se produce la primera toma de contacto. A partir de este momento se realiza una primera entrevista y recogida de datos. Si en ese momento no resulta posible, por saturación de trabajo o por horarios del paciente, se le cita para la fecha más inmediata posible.

En cualquiera de estas circunstancias, en una primera visita se recogen datos generales, pero básicamente se orienta la entrevista a conocer la necesidad emocional mas acuciante del paciente. A partir de esta primera valoración se decide si es posible realizar algún tipo de intervención.

Si se trata de una demanda puntual, se informa y se facilita al paciente el acceso a los recursos asistenciales disponibles. Si el problema es más agudo, se le explican aspectos generales del apoyo psicológico y se le solicita la cumplimentación del cuestionario HAD, siempre que es posible; Si el paciente lo juzga necesario se comienzan a trabajar estos aspectos, estableciendo ya las citas siguientes.

En función a cada problemática concreta varía las dinámicas, utilizándose con frecuencia técnicas de reestructuración cognitiva.

Pacientes Hospitalizados:

Situación muy distinta a la anterior, ya que el paciente hospitalizado puede serlo por patologías sumamente diversas. Al igual que en el caso anterior, la solicitud puede proceder del paciente o familiar, o bien de algún miembro del equipo que detecte estados emocionales críticos.

En ambos casos, es el médico quien localiza a la psicóloga, le facilita una breve descripción de las patologías que motivaron el ingreso, así como de la situación emocional que propicia la demanda.

A partir de este momento, la psicóloga se desplaza a la sala y tiene una primera toma de contacto con el paciente y/o familiares. A partir de esta primera valoración, se decide si es posible realizar algún tipo de intervención. Las entrevistas realizadas en Sala de Hospitalización, se adecuan a las condiciones físicas del paciente y a la presencia de otros pacientes.

Al igual que en el caso anterior, se trata de conocer las demandas prioritarias para comenzar el apoyo en ese sentido. Si el paciente está de acuerdo, se realizan vistas regladas mientras dura el ingreso siempre siguiendo criterios consensuados.

Pacientes Ectópicos:

La dinámica es exactamente igual a la del paciente de Sala de Infecciosas, en cuanto a la detección de problemática emocional, preguntar al paciente o recoger sus demandas por parte del equipo técnico y localizar e informar a la psicóloga. Varía el desplazamiento hacia otra parte del Hospital y un mayor rigor en los aspectos de la comunicación, ya que sin pretenderlo se pueden usar términos que alerten a otros pacientes, sobre la enfermedad que éste tiene.

Si las condiciones físicas lo permiten, se le explica al paciente donde está la consulta de la psicóloga, citándole allí para poder realizar la entrevista en unas condiciones mas confortables y con mayor privacidad.

Con arreglo a estas condiciones, se establecerá el ritmo o frecuencia de las otras entrevistas de apoyo.

Familiares:

Un porcentaje de pacientes acuden a consulta externa acompañados de sus familiares, situación que ocurre también en la Sala de Hospitalización. Dadas las características del diagnóstico del VIH, o de la presencia de patologías, muchos familiares, experimentan incertidumbre y angustia. En estos casos se sigue el mismo procedimiento que los pacientes:

Planteamiento o detección de problemática emocional.

Equipo técnico que contacta con la psicóloga.

Psicóloga que se pone en contacto con familiar.

Entrevistas de asesoramiento y apoyo.

En todos estos casos la duración de las entrevistas, su frecuencia y su número, estarán en función de las necesidades del paciente por un lado y de la disponibilidad de la psicóloga por otro.

Pasamos seguidamente a describir la estructura general que pueden seguir las consultas, si bien el grado de variabilidad de unas a otras puede ser muy amplio.

3.2.2. CONSULTAS

Como se acaba de comentar la variabilidad de las demandas emocionales de unos pacientes a otros es muy amplio, por lo que no se puede aplicar un procedimiento estándar a todos. Las dinámicas generales aplicadas, varían según se describe seguidamente:

Demandas improcedentes:

Son aquellas formuladas por pacientes con problemática psiquiátrica aguda, adicciones activas o con demandas que requieren otros cauces y/o técnicos. Solo se registran datos básicos. Siempre se escucha al paciente para saber cual es su prioridad y hasta que punto se le puede ayudar. En el caso de no ser posible la ayuda, se le comentan los recursos asistenciales a utilizar y se le ofrece la posibilidad de que si lo necesita, vuelva a efectuar consultas puntuales.

Programas del Hospital:

Se registran los datos necesarios para el correspondiente estudio. En programas concretos se ha utilizado el WHOQOL-BREF, de Calidad de Vida. En el curso de algunas de estas entrevistas, pueden surgir dudas del paciente sobre aspectos clínicos básicos, que tratan de resolverse con información objetiva. También pueden aparecer demandas emocionales y en ocasiones se establecen otras entrevistas de apoyo, citando al paciente en días sucesivos. En estos casos, se solicita la cumplimentación del cuestionario HAD, explicándole que sentido tiene y que le volveremos a solicitar los mismos datos al final nuestra terapia, si está de acuerdo.

Apoyo Psicológico:

Los pacientes que se incluyen en el estudio por demandas emocionales, relacionadas con el VIH, también presentan gran variabilidad en sus consultas. Como siempre la condición básica es la escucha y la jerarquización del problema, para saber en que línea hemos de intervenir y hasta que punto podemos ayudar al paciente. Se registran datos básicos y se solicita la cumplimentación del cuestionario HAD.

En este caso, se le explica el sentido que tiene en nuestra dinámica y que se le volverán a solicitar nuevamente al final de nuestra intervención. Si la problemática es también sexual, se recogen datos en la hoja de registro diseñada a tal fin. El número de consultas con la intervención pertinente y su periodicidad, se negocian según la problemática.

Puesto que las condiciones hospitalarias son, en ocasiones hostiles, no siempre es posible llevar a cabo toda la liturgia completa, justificándose así lo incompleto de algunas intervenciones. En otras ocasiones, son las circunstancias de los pacientes las que lo dificultan.

Los pacientes en seguimiento de apoyo psicológico, reciben los recursos disponibles:

Información y asesoramiento Acceso a recursos Técnicas de reestructuración cognitiva Técnicas de relajación. Técnica de reestructuración en conducta sexual Otras intervenciones complementarias

Todo ello en el marco de psicología cognitiva como marco conceptual y desde la escucha activa y empatía como filosofía de trabajo.

Las dificultades, limitaciones o incidencias que puedan ocurrir en el transcurso de la intervención psicológica, son comentadas con el médico que habitualmente atiende al paciente.

Cuando se da por finalizado el tratamiento psicológico, se comenta a los pacientes la posibilidad de volver a consultar en ocasiones próximas si lo precisan.

IV. RESULTADOS

En el presente apartado describiremos los resultados obtenidos mediante la aplicación de pruebas estadísticas. El tratamiento de datos, se ha efectuado con el programa SPSS 12.0.

El análisis estadístico realizado incluye:

- Análisis correlacional, aplicando las pruebas:

Pearson
Rho de Spearman
Tau_b de Kendall.

- Análisis de medias aplicando las pruebas:

Comparación de medias
t de Student.

- Análisis de varianzas, aplicando las pruebas:

Anova de un factor
Post Hoc

Los grupos de sujetos estudiados son:

- Población total (N=700)
- Subpoblación: Disfunción Sexual (DS) Apoyo Psicológico (N=180).
- Subpoblación: Disfunción Sexual (DS) Apoyo Psicosexual (N=47).

En los siguientes apartados describiremos la problemática sexual en forma de abreviaturas Problemas Sexuales (PSx) o Disfunción Sexual (DS), en función a la frecuencia con que aparece en el presente trabajo.

En el Anexo II, se acompaña un índice de abreviaturas para facilitar la lectura de los resultados.

4.0. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

4.0.1. POBLACIÓN (N=700)

La población total del estudio, está constituida por 700 pacientes, cuyas características pasamos a describir:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		N	%
Inclusión	1998/1999/2000	274	39
	2001/2002	285	41
	2003/2004/2005	141	20
		700	
Edad	< 30 Años	113	16
	30-40 Años	366	52
	40-55 Años	188	27
	>55 Años	33	5
		700	
Género		N	%
	Hombres	475	68
	Mujeres	225	32
		700	
E. Civil		N	%
	Soltero/a	420	60
	Casado/a	226	32
	Separado/a	35	5
	Viudo/a	19	3
		700	
Hijos		N	%
	Sí	215	31
	No	485	69
		700	

		N	%
S. Laboral	Pensionista	200	29
	Paro	127	18
	Baja	99	14
	Activo/a	274	39
		700	
N. Cultural	Bajo	296	42
	Medio	344	49
	Alto	60	9
		700	
Vivienda	Prisión/Otros	57	8
	Solo/a	216	31
	Pareja	129	18
	Familia	298	43
		700	
Pref. Sexual	Heterosexual	534	76
	Homosexual	127	18
	Bisexual	39	6
		700	

La situación laboral, es activa en 274 pacientes (39%), mientras que un 29% de ellos, tienen reconocida invalidez por VIH, con la categoría de pensionistas. El resto se distribuyen entre un 18% en paro y un 14% que en el momento de la inclusión se encuentran de baja laboral. Similares porcentajes entre el nivel cultural medio (49%) y bajo (42%), un 9% posee nivel cultural alto. Respecto a la vivienda, el porcentaje más alto es el formado por pacientes que viven con algún familiar (43%), seguido de aquellos/as que viven solos/as (31%). Un porcentaje menor, viven en establecimientos penitenciarios o casas de acogida para enfermos. La opción vivir en pareja, implica al 18% de los pacientes de la muestra. La preferencia sexual es: 76% heterosexuales, 18% homosexuales y 6% bisexuales.

Resumen: Predominio de hombres, con estado civil solteros/as, sin hijos, nivel cultural medio/bajo. Opción sexual predominantemente heterosexual. Actividad laboral cercana al 50% (incluyendo bajas y paro).

VARIABLES VIH: CLÍNICAS

	N	%
Tº. Diagnóstico < 6 Meses	112	16
6-18 Meses	33	5
18-30 Meses	24	3
>30 Meses	531	76
	700	

La mayor parte de los pacientes incluidos, llevan más de dos años y medio diagnosticados (76%). Los pacientes de reciente diagnóstico en el momento de la inclusión son 112 (16%).

	N	%
Transmisión: Sexo	357	51
Drogas	335	48
Otros	8	1

700

Transmisión sexual mayoritaria (51%), con cifras similares respecto a la infección debida al consumo de drogas inyectadas (48%).

Estadío enfermedad:

	N	%
A1	103	15
A2	85	12
A3	46	7
B1	20	3
B2	69	10
B3	73	10
C1	7	1
C2	17	2
C3	280	40
	700	

Tabla 1: Estadío enfermedad. (N=700)

Los criterios de clasificación, incluyen la situación clínica, el tipo de patologías sufrida y el número de CD4, distribuyéndose en 9 categorías, de las cuales el C3 implica al paciente con peor pronóstico. En nuestro caso, los pacientes con estadio C3, suponen el 40% del total.

Células Cd4:

Cd4 Iniciales	N	%	CD4 Finales	N	%
<200	199	28	<200	118	19
200-500	258	37	200-500	217	35
>500	243	35	>500	285	46
	700			620	

Viremia plasmática:

Viremia Inicial	N	%	Viremia Final	N	%
-50/-200	239	34	-50/-200	335	54
1/60000	296	42	1/60000	192	31
>60000	165	24	>60000	93	15
	700			620	

Al final del estudio, se dispone de datos clínicos de 620 pacientes de los 700 iniciales, debido a las lógicas pérdidas de seguimiento.

VARIABLES VIH: FARMACOLÓGICAS

	N	%
Medicación: Se medica	534	77
No se medica	113	16
Dejó de medicarse	29	4
Int. Pautada (Stop)	24	3
	700	

77% de pacientes, reciben tratamientos antirretrovirales, (3%) se encuentran en interrupción pautada de tratamiento, 16% no se medican.

	N	%
Tiempo Medic.: < 6 Meses	131	23
6-18 Meses	95	16
18-30 Meses	81	14
>30 Meses	269	47
	576	

131 pacientes se medican desde <6 meses, 95 entre 6/18 meses, 81 entre 18/30 meses y 269 superan los 30 meses de tratamiento.

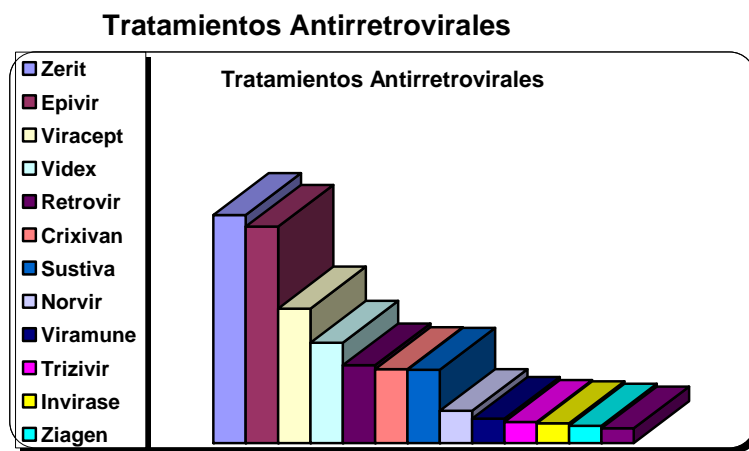


Figura 3: Distribución tratamientos Antirretrovirales. (N=700)

Resumen: Predominan los pacientes en tratamiento antirretroviral, que se medican desde hace mas de dos años y medio. La mayoría reciben triple terapia con regímenes que incluyen inhibidores de la Proteasa (IPs).

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Antecedentes psicológicos			Antecedentes psiquiátricos		
	N	%		N	%
Si	185	26	Sí	141	20
No	515	74	No	559	80
	700			700	

Tienen antecedentes psicológicos previos al diagnóstico del VIH el 26% de pacientes. Tienen antecedentes psiquiátricos un 20%.

Motivo consulta:

En la siguiente figura, se describen las frecuencias absolutas.

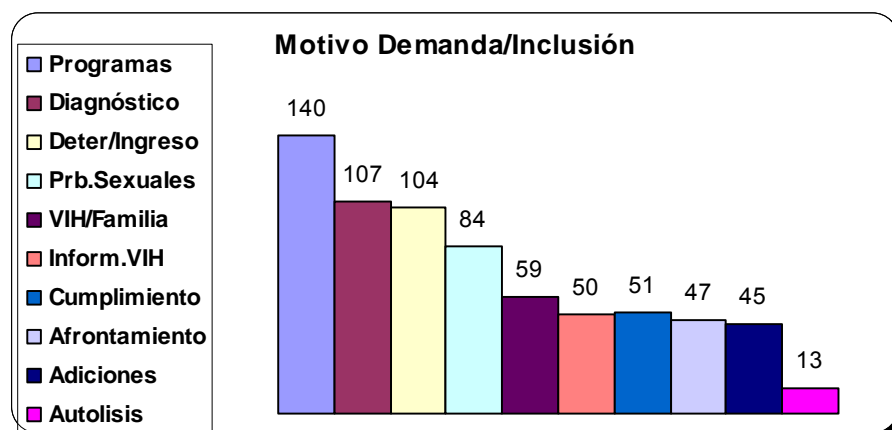


Figura 4: Motivo Demanda/Inclusión. (N= 700)

Apoyo familiar:

Poseen algún tipo de apoyo 66% de pacientes, carecen un 34%.

Nº Consultas por paciente:

En el 66% de casos los pacientes han efectuado entre 1/5 consultas, un 23% entre 6/10. Solo 1% supera las 20 consultas.

Tipo intervención psicológica	N	%
Asesoramiento	370	53
Reestructuración cognitiva	254	36
Reestructuración área sexualidad	47	7
Improcedente	29	4
	700	

Pase del cuestionario HAD	N	%
HAD Ansiedad inicial	361	52
HAD Ansiedad final	250	36
HAD Depresión Inicial	361	52
HAD Depresión final	250	36

Principal preocupación psicológica	N	%
Ansiedad	111	16
Depresión	125	18
Alteraciones adaptación (estrés)	85	12
Sentimiento de culpa	133	20
Problemas sexuales	37	5
Distorsiones cognitivas	51	7
Respuestas fóbicas	44	6
Adicciones activas	49	7
Trastornos psiquiátricos	65	9

Han cumplimentado el HAD 361 sujetos al ser incluidos; de ellos 250 lo han hecho también tras el apoyo psicológico recibido.

	Ansiedad Inicial Sujetos	%	Ansiedad Final Sujetos	%
0/7	45	13	42	17
8/10	51	14	80	32
>10	265	73	128	51
	361		250	

Tabla 2: Ansiedad Inicial/Final. (N= 700)

	Depresión Inicial Sujetos	%	Depresión Final Sujetos	%
0/7	107	30	97	39
8/10	92	25	75	30
>10	162	45	78	31
	361		250	

Tabla 3: Depresión Inicial/Final. (N= 700)

53% pacientes, han recibido asesoramiento en temas puntuales, 36% ha precisado apoyo psicológico con: Sentimiento de culpa (20%), Depresión (18%), Ansiedad (16%), Estrés (12%).

Resumen: Predominio de pacientes sin patología psicológica ni psiquiátrica previa y con algún apoyo familiar. El nº medio de consultas, se cifra en 3. Destacan los sentimientos de culpa y los estados depresivos.

PSICOLÓGICAS: CUMPLIMIENTO

Compartir diagnóstico con allegados

	N	%
Sí	353	50
No	347	50
	700	

Tabla 4: Compartir diagnóstico. (N= 700)

Causas por las que comparte o no el diagnóstico

	N	%		N	%
Sí, con 1 persona	207	59	No, por temor rechazo	127	38
Sí, con + personas	146	41	No, por Impacto social	220	62
	353			347	

Tabla 5: Causas compartir o no diagnóstico. (N= 700)

De los pacientes que comparten su situación con allegados, 59% cuenta con una persona de apoyo y 41% con más familiares o amigos. De los que no comparten, el 38% lo oculta por temor al rechazo y el 62% por ese temor y por las repercusiones que podría acarrear en su entorno.

¿Se siente capacitado para seguir el tratamiento?

	N	%
Sí	437	74
No	150	26
	587	

Tabla 6: Capacidad seguir tratamiento. (N= 700)

Nivel cumplimiento autoinformado: Escalas analógicas de 1/10

	N	%
1/5	47	11
6/8	332	76
>8	58	13
	437	

Tabla 7: Nivel cumplimiento auto informado. (N= 700)

Los pacientes capacitados para llevar a cabo el tratamiento refieren niveles de cumplimiento: 11% entre 1/5, 76% entre 6/8 y 13%, >8.

PSICOLÓGICAS: AFRONTAMIENTO

Al recibir el diagnóstico ¿Qué pensó?

	N	%
Nada en especial	136	32
Muerte	117	27
Insoportable	86	20
Rechazo Social	50	12
Castigo	37	9
	426	

Tabla 8: Pensamiento al recibir diagnóstico VIH (N= 700)

Al recibir diagnóstico ¿Qué hizo?

	N	%
Nada en especial	110	25
Aislarse, huir	143	34
Drogas, intento autolisis	8	2
Buscar apoyo humano	115	27
Buscar Inform.Recursos	50	12
	426	

Tabla 9: Acción al recibir diagnóstico VIH (N= 700)

Resumen: Los pacientes refieren distintos tipos de pensamientos y acciones al ser diagnosticados de VIH, en función a sus condiciones en aquel momento.

ÁREA SEXUALIDAD:

Con referencia a las disfunciones sexuales en este grupo, afectan a un total de 313 pacientes que suponen el 45% de toda la población incluida. En este grupo, la distribución de las disfunciones sexuales, en función a la clasificación del DSM-IV-TR es la siguiente:

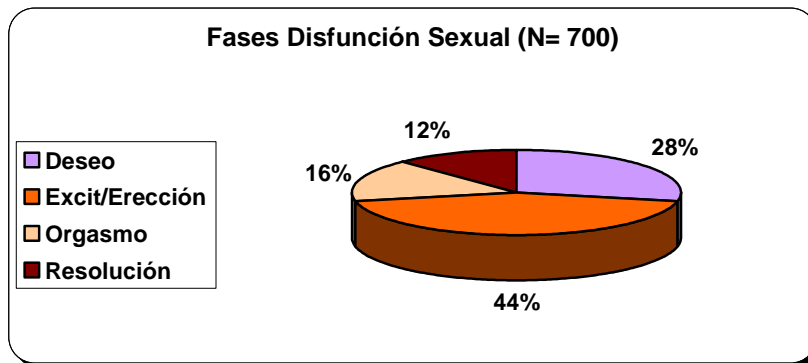


Figura 5: Distribución disfunciones sexuales. (N= 700)

Tienen problemas sexuales 28% en fase deseo, 44% en fase Excitación/Erección, 16% en fase orgasmo y 12% en fase resolución.

Consumo tóxicos:

Consumo	%
Alto	7
Medio	8
No Consumo	61
Deshabitado/a	24

Tabla 10: Consumo tóxicos. (N= 700)

Resumen: Los pacientes presentan distintos tipos de disfunción según los criterios clasificatorios del DSM-IV-TR. Respecto al consumo de tóxicos, hay predominio de pacientes no consumidores y/o deshabitados.

4.0.2. DISFUNCIÓN SEXUAL Y APOYO PSICOLÓGICO(N =180)

La subpoblación constituida por pacientes con problemas sexuales que han recibido apoyo psicológico (N= 180), posee estas características:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		N	%
Inclusión	1998/1999/2000	105	58
	2001/2002	49	27
	2003/2004/2005	26	15
		180	
Edad	< 30 Años	17	9
	30-40 Años	102	57
	40-55 Años	57	32
	>55 Años	4	2
		180	

La edad de estos pacientes, se distribuye mayoritariamente en torno a la franja de los 30-40 años (57%). Solo un 4 %, supera los 55 años.

		N	%
Género	Hombres	125	69
	Mujeres	55	31
		180	

Por género 69% son varones, frente a un 31% de mujeres.

		N	%
E. Civil	Soltero/a	110	61
	Casado/a	55	31
	Separado/a	15	8
		180	

El estado civil soltero/a, predomina (61%), siendo casados el 31%.

		N	%
Hijos	Sí	48	27
	No	132	73
		180	

Solo un 27% de pacientes tienen hijos, frente al 73% que no tienen.

		N	%
S. Laboral	Pensionista	33	18
	Paro	27	15
	Baja	20	11
	Activo	100	56
		180	
N. Cultural	Bajo	48	27
	Medio	102	57
	Alto	30	16
		180	
Vivienda	Prisión/Otros	2	1
	Solo/a	54	30
	Pareja	39	22
	Familia	85	47
		180	
Pref. Sexual	Heterosexual	115	64
	Homosexual	54	30
	Bisexual	11	6
		180	

La situación laboral, es activa en 100 pacientes (56%), 18% tienen reconocida invalidez (pensionistas), 15% están en paro y un 11% se encuentran de baja laboral en el momento de la inclusión. Predomina el nivel cultural medio (57%), seguido del nivel cultural bajo con un 27% y de un 16% de nivel cultural alto.

Respecto a la vivienda, el porcentaje más alto es el formado por pacientes que viven con algún familiar (47%), seguido de los que viven solos/as (30%). La opción vivir en pareja corresponde al 22%.

La preferencia sexual, se distribuye en 64% heterosexuales, 30% homosexuales y 6% bisexuales.

Resumen: Predominio de hombres, estado civil soltero, sin hijos y nivel cultural medio. Edad entre 30/40 años. Opción sexual con mayoría heterosexual y actividad laboral superior al 50%.

VARIABLES VIH: CLÍNICAS

	N	%
Tº. Diagnóstico < 6 Meses	40	22
6-18 Meses	8	4
18-30 Meses	5	3
>30 Meses	127	71
	180	

La mayor parte de los pacientes, llevan más de dos años y medio diagnosticados (71%). Los pacientes de reciente diagnóstico en el momento de la inclusión son 40 (22%).

	N	%
Transmisión: Sexual	122	68
Drogas	58	32
	180	

La transmisión sexual es mayoritaria en este grupo (68%). La infección debida al consumo de drogas inyectadas supone el 32%.

Estadío enfermedad:

	N	%
A1	27	15
A2	31	17
A3	12	7
B1	4	2
B2	22	12
B3	19	10
C1	3	2
C2	8	4
C3	54	31
	180	

Tabla 11: Estadío enfermedad (N= 180)

Los criterios de clasificación, incluyen: Situación clínica del paciente, patologías sufridas y número de CD4, distribuyéndose en 9 categorías. En nuestro caso, los pacientes con estadío C3, suponen el 31% de este grupo.

Células Cd4:

Cd4 Iniciales	N	%	CD4 Finales	N	%
<200	41	23	<200	24	13
200-500	65	36	200-500	51	28
>500	74	41	>500	105	59
	180			180	

Viremia plasmática:

Viremia Inicial	N	%	Viremia Final	N	%
-50/-200	62	34	-50/-200	108	60
1/60000	85	47	1/60000	51	28
>60000	33	19	>60000	21	12
	180			180	

VARIABLES VIH: FARMACOLÓGICAS

	N	%
Medicación: Se medica	144	80
No se medica	21	12
Dejó de medicarse	5	3
Int. Pautada (Stop)	10	5
	180	

La mayoría de pacientes (80%) recibe tratamientos antirretrovirales. 12% de ellos, no se medican en la actualidad.

	N	%
Tiempo medic.: < 6 Meses	38	24
6-18 Meses	29	18
18-30 Meses	27	17
>30 Meses	63	41
	157	

38 pacientes se medican desde <6 meses, 29 entre 6/18 meses, 27 entre 18/30 meses y 63, están >30 meses de tratamiento.

Tratamientos antirretrovirales

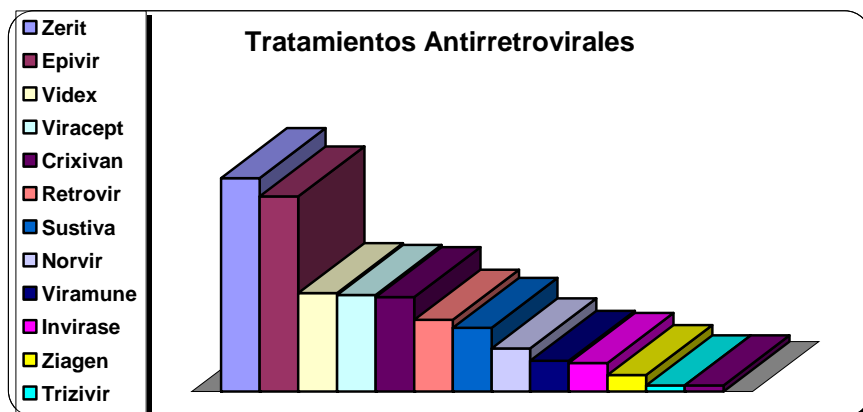


Figura 6: Distribución Tratamientos Antirretrovirales (N= 180)

Resumen: Predominan los pacientes en tratamiento antirretroviral, que se medican desde hace mas de dos años y medio. La mayoría reciben triple terapia con regimenes que incluyen Inhibidores de la Proteasa (IPs).

VARIABLES PSICOLÓGICAS:

Antecedentes psicológicos			Antecedentes psiquiátricos		
	N	%		N	%
Si	78	43	Sí	78	43
No	102	57	No	102	57
	180			180	

Tienen antecedentes psicológicos previos al diagnóstico del VIH un 43% de pacientes. Tienen antecedentes psiquiátricos un 43%.

Motivo consulta:

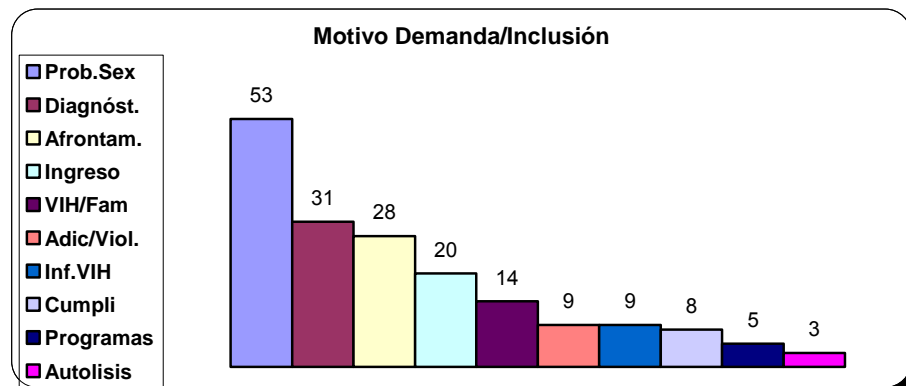


Figura 7: Motivo Demanda. (N= 180)

En la anterior figura, se registran las categorías por las cuales se produce la demanda de los pacientes y sus frecuencias absolutas.

Apoyo familiar:

Poseen apoyo familiar 135 pacientes careciendo del mismo 45.

Nº Consultas por paciente:

38% de casos en este grupo, realizan entre 1/5 consultas, 32% entre 6/8 y 30 % >8 consultas. La media de consultas por paciente es 6.

Tipo de intervención psicológica	N	%
Asesoramiento	0	0
Reestructuración cognitiva	123	68
Reestructuración área sexualidad	47	26
Improcedente	10	6
	180	

Pase del cuestionario HAD	N	%
HAD Ansiedad inicial	180	100
HAD Ansiedad final	180	100
HAD Depresión Inicial	180	100
HAD Depresión final	180	100

Principal preocupación psicológica	N	%
Ansiedad	16	9
Depresión	18	10
Alteraciones adaptación (estrés)	11	6
Sentimiento de culpa	63	35
Problemas sexuales	18	10
Distorsiones cognitivas	11	6
Respuestas fóbicas	22	13
Adicciones activas	6	3
Trastornos psiquiátricos	15	8
	180	

Han cumplimentado el cuestionario HAD todos los pacientes tanto al inicio como al final del estudio, obteniendo las siguientes puntuaciones:

	Ansiedad Inicial Sujetos	%	Ansiedad Final Sujetos	%
0/7	7	4	31	17
8/10	22	12	61	34
>10	151	84	88	49
	180		180	

Tabla 12: Ansiedad Inicial/Final. (N= 180)

	Depresión Inicial Sujetos	%	Depresión Final Sujetos	%
0/7	36	20	73	41
8/10	51	28	54	30
>10	93	52	53	29
	180		180	

Tabla 13: Depresión Inicial/Final Inicial. (N= 180)

El 68 % de pacientes, ha precisado apoyo psicológico. Las principales demandas psicológicas, referidas son: Sentimiento de culpa (35%) depresión (10%), ansiedad (9%), estrés (10%), respuestas fóbicas (13%) y con menores índices el resto de categorías.

Resumen: Predominio de pacientes con algún tipo de apoyo familiar. Destacan los problemas sexuales y los sentimientos de culpa.

PSICOLÓGICAS: CUMPLIMIENTO

Compartir diagnóstico con allegados

	N	%
Sí	79	44
No	101	56
	180	

Tabla 14: Compartir o no Diagnóstico. (N= 180)

Causas por las que comparte o no el diagnóstico

	N	%		N	%
Sí, con 1 persona	45	57	No, por temor rechazo	24	24
Sí, con + personas	34	43	No, por Impacto social	77	76
	79			101	

Tabla 15: Causas compartir o no Diagnóstico. (N= 180)

De los que comparten su situación con allegados, 57% cuentan con una persona de apoyo y 43% con más familiares o amigos. De los que no comparten la situación, 24% lo oculta por temor al rechazo y el 76% por temor y por las repercusiones que podría acarrear.

¿Se siente capacitado para seguir el tratamiento?

	N	%
Sí	127	70
No	53	30
	180	

Tabla 16: Capacidad seguir tratamiento. (N= 180)

Nivel cumplimiento autoinformado: Escalas analógicas de 1/10

	N	%
1/5	15	12
6/8	93	73
>8	19	15
	127	

Tabla 17: Nivel cumplimiento auto informado. (N= 180)

Los pacientes que se consideran cumplidores, refieren: 12% nivel entre 1/5, 73% entre 6/8 y 15% superior a 8.

Resumen: Predomina no compartir situación con allegados. Se sienten capacitados para seguir el tratamiento la mayoría de los que están en tratamiento, con niveles entre 6 y 8.

PSICOLÓGICAS: AFRONTAMIENTO

Al recibir diagnóstico ¿Qué pensó?

	%
Nada en especial	21
Muerte	32
Insoportable	14
Rechazo	10
Castigo	23
	100

Tabla 18: Pensamiento al recibir Diagnóstico. (N= 180)

Al recibir diagnóstico ¿Qué hizo?

	%
Nada en especial	14
Aislarse, huir	57
Drogas, intento autolisis	1
Buscar apoyo humano	20
Buscar Inform.Recursos	8
	100

Tabla 19: Acción al recibir Diagnóstico. (N= 180)

Resumen: Los pacientes refieren distintos tipos de pensamientos y de acciones al ser diagnosticados de VIH, en función a sus condiciones en aquel momento.

ÁREA SEXUALIDAD:

Género		N	%
Hombres		125	69
Mujeres		55	31
		180	

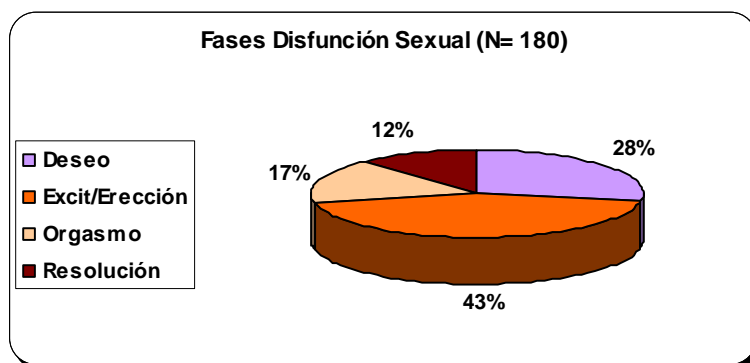


Figura 8: Distribución disfunciones sexuales. (N= 180)

12% pacientes, presentan problemas en deseo, 43% en excitación y/o erección, 17% en la fase orgásmica y 12% en la fase de resolución.

Consumo tóxicos:

Consumo	N	%
Alto	9	5
Medio	11	6
No Consumo	120	67
Deshabitado/a	40	22
	180	

Tabla 20: Consumo tóxicos. (N= 180)

Respecto al consumo de tóxicos: 67% de pacientes, carece de hábitos tóxicos, el 22% están deshabituados, un 6% refiere un consumo medio y un 5% indica consumo alto.

Resumen: No son consumidores de tóxicos el 67% de pacientes de este grupo, un 22% han sido consumidores, pero están deshabituados. Presentan problemas sexuales todos los sujetos de esta muestra, con incidencia mayoritaria en varones.

4.0.3. DISFUNCIÓN SEXUAL Y APOYO PSICOSEXUAL (N = 47)

Describimos las características de este grupo (N= 47). Estos pacientes, han cumplimentado el HAD al principio y al final del estudio y han cumplimentado la hoja de registro para valorar la problemática sexual. Esta hoja se describe en este apartado y se incluye en el Anexo I.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		N	%
Inclusión	1998/1999/2000	29	62
	2001/2002	18	38
		47	
Edad	< 30 Años	5	11
	30-40 Años	22	47
	40-55 Años	17	36
	>55 Años	3	6
		47	
La edad, se distribuye mayoritariamente en torno a los 30-40 años, con un porcentaje del 47%. Solo un 6 %, supera los 55 años de edad.			
Género		N	%
	Hombres	36	77
	Mujeres	11	23
		47	
E. Civil		N	%
	Soltero/a	31	66
	Casado/a	12	25
	Separado/a	4	9
		47	
Hijos	Sí	11	23
	No	36	77
		47	
S. Laboral		N	%
	Pensionista	10	21
	Paro	0	0
	Baja	9	19
	Activo	28	60
		47	

		N	%
N. Cultural	Bajo	12	26
	Medio	22	47
	Alto	13	27
		47	
Vivienda	Prisión/Otros	0	0
	Solo/a	16	34
	Pareja	10	21
	Familia	21	45
		47	
Pref. Sexual	Heterosexual	22	47
	Homosexual	21	45
	Bisexual	4	8
		47	

La situación laboral, es activa en 28 pacientes (60%), mientras que un 21%, tienen reconocida invalidez por VIH (pensionistas). Un 19% de sujetos se encuentran en baja laboral en el momento de la inclusión y no hay pacientes en paro en este grupo. Predomina el nivel cultural medio (47%), hay 27% de pacientes con nivel cultural alto y 26% de nivel cultural bajo. Respecto a la vivienda, el porcentaje más alto es el formado por pacientes que viven con algún familiar (45%), seguido de los que viven solos/as (34%). La opción vivir en pareja, incluye al 21% de los pacientes de este grupo.

La preferencia sexual, se distribuye en 47% heterosexuales, 45% homosexuales y 8% bisexuales.

Resumen: Predominio de hombres, estado civil soltero, sin hijos y con un nivel cultural medio/alto. Edad entre 30/40 años. Opción sexual muy similar heterosexual y homosexual. Actividad laboral en torno al 60%.

VARIABLES VIH: CLÍNICAS

	N	%
Tº. Diagnóstico < 6 Meses	10	21
6-18 Meses	5	11
18-30 Meses	0	0
>30 Meses	32	68
	47	

La mayor parte de los pacientes incluidos, llevan más de dos años y medio diagnosticados (68%). Los pacientes de reciente diagnóstico en el momento de la inclusión, suponen el 21% del total.

	N	%
Transmisión Sexual	39	83
Drogas	8	17
	47	

Transmisión sexual es mayoritaria (83%). Los pacientes con infección debida al consumo de drogas inyectadas son el 17% del total.

Estadío enfermedad:

	N	%
A1	6	13
A2	6	13
A3	5	11
B1	0	0
B2	8	17
B3	2	4
C1	0	0
C2	3	6
C3	17	36
	47	

Tabla 21: Estadío Enfermedad. (N= 47)

En este grupo, los pacientes con estadio C3, suponen el 36%. Los pacientes asintomáticos (A1, A2 y A3 suponen un 37% del total).

Células Cd4:

Cd4 Iniciales	N	%	CD4 Finales	N	%
<200	12	26	<200	4	9
200-500	17	36	200-500	14	30
>500	18	38	>500	29	61
	47			47	

Viremia plasmática:

Viremia Inicial	N	%	Viremia Final	N	%
-50/-200	17	36	-50/-200	29	62
1/60000	27	58	1/60000	18	38
>60000	3	6	>60000	0	0
	47			47	

VARIABLES VIH: FARMACOLÓGICAS

	N	%
Medicación: Se medica	39	82
No se medica	4	9
Dejó de medicarse	0	0
Int. Pautada (Stop)	4	9
	47	

La mayoría de los pacientes (82%) recibe tratamientos antirretrovirales, 9% se encuentra en interrupción pautada de tratamiento .

	N	%
Tiempo Medic.: < 6 Meses	11	26
6-18 Meses	6	14
18-30 Meses	6	14
>30 Meses	19	46
	42	

11 pacientes se medican desde <6 meses, 6 entre 6/18 meses otros seis entre 18/30 meses y 19 superan los 30 meses de tratamiento.

Tratamientos Antirretrovirales:

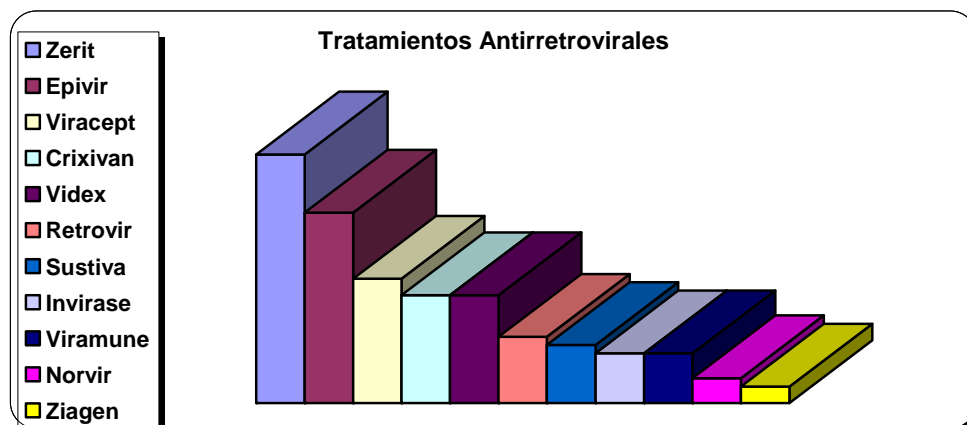


Figura 9: Distribución Tratamientos antirretrovirales. (N= 47)

Resumen: Predominan los pacientes en tratamiento antirretroviral, que se medican desde hace mas de dos años y medio. La mayoría reciben triple terapia con regimenes que incluyen Inhibidores de la Proteasa (IPs).

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Antecedentes psicológicos			Antecedentes psiquiátricos		
	N	%		N	%
Si	19	40	Sí	19	40
No	28	60	No	28	60
	47			47	

Presentan antecedentes psicológicos previos al diagnóstico del VIH un 40% de pacientes. Presentan antecedentes psiquiátricos el 40%.

Motivo consulta:

Los 47 pacientes de este grupo, han sido incluidos por presentar disfunciones sexuales, siendo el 100% del total.

Apoyo familiar:

Poseen algún tipo de apoyo familiar 35 pacientes careciendo 12.

Nº Consultas por paciente:

En el 11% de casos los pacientes realizan entre 1/5 consultas, un 47% entre 5/10, el 38% entre 10/20 y un 4% superan las 20 consultas.

Tipo de intervención psicológica	N
Asesoramiento	0
Reestructuración Cognitiva	0
Reestructuración área sexualidad	47
Improcedente	0
	47

Pase del cuestionario HAD	N
HAD Ansiedad inicial	47
HAD Ansiedad final	47
HAD Depresión Inicial	47
HAD Depresión final	47

Principal preocupación psicológica	N	%
Ansiedad	3	6
Depresión	5	11
Alteraciones adaptación (estrés)	2	4
Sentimiento de culpa	15	32
Problemas sexuales	12	26
Distorsiones cognitivas	2	4
Respuestas fóbicas	7	15
Adicciones activas	1	2
Trastornos psiquiátricos	0	0
	47	

Todos los pacientes de este grupo, han cumplimentado el cuestionario HAD al inicio y al final del estudio, con las siguientes puntuaciones.

	Ansiedad Inicial Sujetos	%	Ansiedad Final Sujetos	%
0/7	4	9	16	34
8/10	11	23	19	40
>10	32	68	12	26
	47		47	

Tabla 22: Ansiedad Inicial/Final. (N= 47)

	Depresión Inicial Sujetos	%	Depresión Final Sujetos	%
0/7	18	38	30	64
8/10	14	30	12	26
>10	15	32	5	10
	47		47	

Tabla 23: Depresión Inicial/Final. (N= 47)

Todos los pacientes han recibido apoyo. Las principales preocupaciones psicológicas, referidas por los pacientes son: Sentimiento de culpa (32%), problemas sexuales (26%) y respuestas fóbicas (15%) seguido de estados emocionales depresivos (11%).

Resumen: Pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión. Predominio de sentimientos de culpa y problemas sexuales. La media de consultas por paciente se sitúa entre 5/10.

PSICOLÓGICAS: CUMPLIMIENTO

Compartir diagnóstico con allegados

	N	%
Sí	25	53
No	22	47
	47	

Tabla 24: Compartir o no Diagnóstico. (N= 47)

Causas por las que comparte o no diagnóstico

	N	%		N	%
Sí, con 1 persona	13	52	No, por temor rechazo	0	0
Sí, con + personas	12	48	No, por Impacto social	22	100
	25			22	

Tabla 25: Causas compartir o no Diagnóstico. (N= 47)

Los pacientes que comparten su situación con allegados son el 53%, de ellos, cuentan con una persona de apoyo el 52% y con más personas el 48%. De los que no comparten la situación con nadie, todos ocultan su enfermedad por temor al rechazo y por la ideación de las posibles repercusiones.

¿Se siente capacitado para seguir el tratamiento?

	N	%
Sí	37	79
No	10	21
	47	

Tabla 26: Capacidad seguir tratamiento. (N= 47)

Nivel cumplimiento autoinformado: Escalas analógicas de 1/10

	N	%
1/5	1	3
6/8	33	70
>8	13	27
	47	

Tabla 27: Nivel cumplimiento auto informado. (N= 47)

Los pacientes que se sienten capacitados refieren: 3% con un nivel entre 1/5, el 70% entre 6/8 y el 27%, nivel de cumplimiento >8.

Resumen: Similar nº de pacientes comparten o no situación. Se sienten capacitados para seguir el tratamiento la mayoría de los que están en tratamiento, destacando niveles auto informados entre 6 y 8.

PSICOLÓGICAS: AFRONTAMIENTO

Al recibir diagnóstico ¿Qué pensó?

	%
Nada en especial	0
Muerte	39
Insoportable	22
Rechazo Social	11
Castigo	28

Tabla 28: Pensamiento al recibir diagnóstico. (N= 47)

Al recibir diagnóstico ¿Qué hizo?

	%
Nada en especial	0
Aislarse, huir	50
Drogas, intento autolisis	0
Buscar apoyo humano	33
Buscar Inform.Recursos	17

Tabla 29: Acción al recibir diagnóstico. (N= 47)

Resumen: Los pacientes refieren distintos tipos de pensamientos y acciones al ser diagnosticados de VIH.

ÁREA SEXUALIDAD:

Problemas sexuales

	N	%
Sí	47	100
Hombres	36	77
Mujeres	11	23
	47	

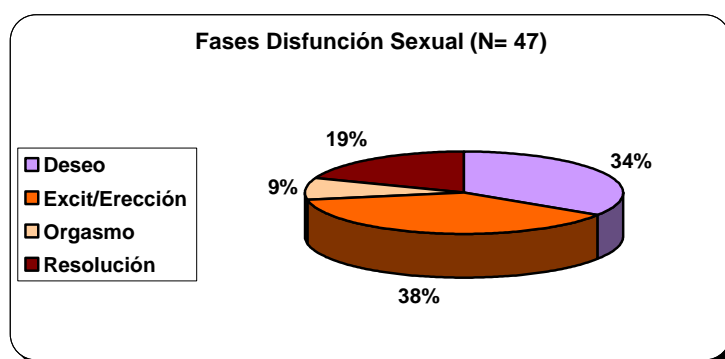


Figura 10: Distribución disfunciones. (N= 47)

16 pacientes (34%) refieren deseo sexual inhibido, 18 (38%), tienen problemas en fase de excitación y/o erección, 4 pacientes (9%), presentan dificultades en la fase orgásmica y 9 (19%), en la fase resolución.

Consumo tóxicos:

Consumo	N	%
Alto	2	4
Medio	0	0
No Consumo	41	87
Deshabitado/a	4	9
	47	

Tabla 30: Consumo tóxicos. (N= 47)

Respecto a los hábitos tóxicos, el 87% de los pacientes, carece de hábitos tóxicos, 9% está deshabitado y un 4 % indica consumo alto.

Hoja de registro sexualidad

Inicio del problema sexual	N	%
6/18 Meses	17	36
18/30 Meses	14	30
>30 Meses	16	34
Atribuciones sobre origen del problema		
Fármacos	13	28
Preocupaciones	11	23
Virus del VIH	18	38
Otros factores	5	11
Eje situacional		
Se produce siempre	6	13
Varía según situaciones	41	87
Búsqueda ayuda profesional anterior		
Sí	7	15
No	40	85
Tipo tratamiento recibido		
Médico	4	57
Psicólogo	0	0
Sexólogo	1	14
Otros	2	29
Tiempo duración terapia sexual		
< 6 Meses	9	19
6/12 Meses	29	62
> 12 Meses	9	19
Nivel satisfacción sexual inicial		
<5	21	45
5/6	26	55
>6	0	0
Nivel satisfacción sexual final		
<5	4	9
5/6	26	55
>6	17	36

Inicio: Se ha valorado la fecha aproximada desde que los pacientes comienzan a experimentar disfunciones sexuales, resultando que el 36% tienen un origen reciente (menos de seis meses), un 36% desde mas de 18 meses y un 34% desde hace mas de dos años y medio.

Atribuciones: Las atribuciones que realizan los pacientes, sobre el origen o causa de sus problemas sexuales siguen la siguiente distribución: 28% lo atribuyen a los tratamientos antirretrovirales, 23% a preocupaciones generales, 38% al propio virus del VIH y un 11% lo atribuyen a factores distintos y puntuales.

Situacional: La gran mayoría de pacientes (87%), experimenta distintos grados de satisfacción sexual, en función a las circunstancias en que se producen las relaciones sexuales. El 13% refiere experimentar siempre el problema, al margen de posibles cambios ambientales.

Búsqueda ayuda profesional: Solo un 15% han buscado ayuda previamente para intentar resolver el problema; de ellos el 57% ha recurrido a ayuda médica, el 14% a sexólogos y el resto (29%) a terapias alternativas.

Tipo tratamiento recibido: 57% tratamiento médico, 14% tratamiento sexológico, 29% intervenciones alternativas.

Tiempo duración Terapia Sexual: Se ha seguido controles y entrevistas de apoyo con los pacientes de la siguiente forma: 19% tiempo menor a 6 meses, 62% entre 6/12 meses y 19% más de 12 meses.

La variabilidad en la duración está relacionada con las características de cada paciente y también con los controles hospitalarios y el ritmo de visitas clínicas que los pacientes realizan.

Nivel satisfacción sexual inicial (SSI): Grado de satisfacción con el área sexual de cada paciente, recogido mediante escalas numéricas del 1 al 10. Al inicio de la terapia de apoyo sigue la siguiente distribución: 45% refieren nivel satisfacción sexual inicial inferior a 5 y 55% niveles que oscilan entre 5/6.

Nivel satisfacción sexual final (SSF): Grado de satisfacción general en la respuesta sexual de cada paciente, recogido mediante escalas numéricas del 1 al 10. Al dar por finalizada la terapia, sigue la siguiente distribución: 9%, refieren índices inferiores a 5, 55%, indican SSF entre 5/6 y 36% manifiestan SSF superior a 6 con valores hasta el 8.

4.1. ANÁLISIS CORRELACIONAL

Las variables de que consta el presente estudio son numerosas, dando lugar a un elevado número de correlaciones, por lo que se reseñarán a continuación aquellas que son de interés para la investigación.

4.1.1. POBLACIÓN (N =700)

4.1.1.1. Variables Demográficas

Pasamos a continuación a describir las características más significativas de este grupo:

- ✓ Género
- ✓ Edad

Género: Como se ha comentado anteriormente las mujeres constituyen un 32% del total, frente a un 68% de varones. En este grupo, la variable género correlaciona con el estado civil (EC), con la existencia de hijos (Hj) y con el tipo de vivienda (Vv).

Género y tipo de vivienda ($r = 0.15$ y $p \leq 0.01$)

Así, en nuestro estudio hay más mujeres casadas, que tienen hijos y que viven en familia, en relación al grupo de hombres. En general, esta diferencia suele ser un dato demográfico común en población no enferma.

Edad: En los aspectos relacionados con la edad, se observa que correlaciona con el valor autoinformado de cumplimiento (VNC).

La correlación es positiva, indicando que los pacientes de más edad, informan de mayores niveles de cumplimiento terapéutico, si bien este tipo de pacientes no es el más representativo de este grupo.

Edad y Nivel de cumplimiento ($r = 0.12$ y $p \leq 0.01$).

La edad de los pacientes VIH, ha estado mayoritariamente comprendida entre 25/40 años, debido al pronóstico vital que la propia enfermedad tenía asociado; Así la edad como factor predictivo dentro de la patología del VIH, es una variable escasamente estudiada hasta la fecha, si bien últimamente con el demostrado incremento de supervivencia de los pacientes, suscita cierto interés. En estos momentos donde las distintas combinaciones de tratamientos, proporcionan mayores expectativas de vida a los pacientes, comprobamos que esa franja de edad, va ampliándose. En este sentido Goodkin et al. (2003), indican que los pacientes con infección por VIH, de mas de 50 años de edad, desarrollan mejores estrategias de afrontamiento a la enfermedad, aunque los autores no se refieren de forma específica al cumplimiento terapéutico.

4.1.1.2. Variables Clínicas

En este apartado, hemos analizado:

- ✓ Vía de transmisión de la infección (V)
- ✓ Tiempo transcurrido desde el diagnóstico por VIH (MsDg)
- ✓ Recuento de células CD4

Vía transmisión: La vía de transmisión correlaciona con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Los diagnósticos más antiguos corresponden a pacientes infectados por vía tóxicos. La vía de transmisión, correlaciona también con el valor autoinformado de cumplimiento. Los pacientes con infección VIH por tóxicos, tienen puntuaciones mas bajas en cumplimiento.

Vía transmisión y nivel de cumplimiento ($r = - 0.29$ y $p \leq 0.01$).

La correlación es negativa, indicando que a mayor número de sujetos con transmisión por vía tóxicos, menor grado de cumplimiento terapéutico.

De esta forma, a los pacientes que se contagiaron por compartir material venopunzante y que además llevan muchos años diagnosticados, les resulta más complicado el cumplimiento terapéutico, básicamente si las adicciones no están resueltas de forma definitiva. En este sentido nuestros resultados son coherentes con otros trabajos (Araujo 2002).

Tiempo en tratamiento antirretroviral: El tiempo transcurrido en tratamiento antirretroviral (MsMd), correlaciona positivamente con tener valores más altos de Cd4. Así los pacientes de este grupo que llevan más tiempo de tratamiento antirretroviral, presentan un mayor aumento en el recuento de células Cd4. Nuestros resultados, están en la línea de investigación que se viene siguiendo en los últimos años por distintos autores sobre los beneficios de la terapia antirretroviral, al incrementar los niveles de Cd4.

Tiempo en Tratmtº. Antirretroviral y Celulas Cd4 ($r = 0.34$ y $p \leq 0.01$).

Estas investigaciones siguen varias líneas (Bartlett et al., 2001), realizaron un estudio con pacientes sin tratamientos antirretrovirales previos (pacientes naïve), mientras que en otro trabajo (Bucher et al., 2003), realizaron su investigación con pacientes que habían tenido tratamientos previos. En uno y otro caso, las conclusiones son similares, abundando en los beneficios de los tratamientos antirretrovirales, al conseguir aumentar las células Cd4 en los pacientes VIH; coincidiendo nuestros resultados con estas conclusiones.

4.1.1.3. Variables Farmacológicas

En este apartado, hemos procedido a analizar las correlaciones entre las DS observadas en los pacientes y los distintos fármacos que se incluyen en los tratamientos antirretrovirales:

- ✓ Inhibidores de la Proteasa (IP)
- ✓ Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósidos.
- ✓ Inhibidores de la Transcriptasa Inversa no Análogos de Nucleósidos.

Inhibidores de la Proteasa (IP)

Nuestros datos indican que algunos IP muestran correlación significativamente estadística con la presencia de disfunciones sexuales en los pacientes adscritos a tratamientos que los incluyen.

Las correlaciones obtenidas son positivas en los siguientes casos:

Indinavir y Disfunciones sexuales ($r = 0.12$ y $p \leq 0.01$).

Ritonavir y Disfunciones sexuales ($r = 0.96$ y $p \leq 0.05$).

Los datos obtenidos en el análisis correlacional respecto a la mayor incidencia de problemas sexuales en pacientes con regímenes que contienen Inhibidores de la Proteasa, son coherentes con estudios previos donde se atribuye la DS del paciente VIH al uso de estos fármacos. En esta línea de investigación, Schrooten et al. (2001), realizaron un estudio en varias ciudades europeas, incluyendo un total de 904 pacientes VIH. Sus conclusiones demuestran que la pérdida de interés sexual y las disfunciones, eran mucho más habituales en pacientes que seguían tratamientos con Inhibidores de la Proteasa, que en pacientes que seguían otros tratamientos antirretrovirales. En su estudio como en el nuestro, los resultados se refieren a pacientes VIH, tanto hombres como mujeres.

Inhibidores de la Transcriptasa Inversa no Análogos de Nucleósidos.

También aparece correlación positiva entre el uso de uno de estos fármacos (concretamente Nevirapina), e incidencia de disfunciones sexuales.

La dirección positiva de la correlación indica que a mayor consumo del fármaco, mayor incidencia de problemas sexuales.

Disfunciones Sexuales y Nevirapina ($r = 0.10$ y $p \leq 0.01$).

De forma distinta a los IP, los no análogos son porcentualmente menos utilizados por los pacientes de nuestro estudio y existen pocas referencias al respecto.

4.1.1.4. Variables Psicológicas

En este apartado, describiremos las correlaciones significativas observadas en las variables:

- ✓ Motivo de demanda (MDem)
- ✓ Antecedentes psicológicos (APsc)
- ✓ Antecedentes psiquiátricos (APsq)
- ✓ Tipo de intervención psicológica (T.Int)
- ✓ Número de consultas por paciente.(VNº)
- ✓ Apoyo familiar(AFam)
- ✓ Niveles de ansiedad (HA)
- ✓ Niveles de depresión (HD)

Motivo de demanda: La variable motivo demanda, correlaciona con antecedentes psicológicos y psiquiátricos, siendo los pacientes con demandas más críticas quienes tienen mayor historial Psico/Psiquiátrico previo, al igual que ocurre en otras patologías crónicas y/o graves como el cáncer.

En el presente trabajo, observamos como la intensidad de discomfort psicológico se agudiza ante la presencia de una enfermedad de las características del VIH, tan asociada a estereotipos sociales. En este sentido Herek y Glunt (1991), en sus distintas publicaciones, describen las dificultades sufridas por los pacientes VIH por el hecho de estar infectados y las repercusiones de las actitudes hostiles hacia las personas con VIH/SIDA. Para estos autores estas manifestaciones de estigmatización *son el resultado de la intersección de procesos psicológicos y culturales sobre la enfermedad.*

Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos: Se observan similares porcentajes de patología psicológica y psiquiátrica previa, aunque no correspondan exactamente a los mismos pacientes, pero predomina la existencia de uno y otro trastorno en la mayoría de los que poseen este tipo de antecedentes.

Antecedentes psicológicos/Antecedentes psiquiátricos ($r = 0.80$ y $p \leq 0.01$).

Como hemos descrito previamente la presencia de alteraciones emocionales previas de los pacientes del estudio, se cifran en un 26% en este grupo. Estos resultados son coherentes con los que aparecen en la bibliografía relacionada. En general las investigaciones dirigidas a valorar las alteraciones emocionales de los pacientes VIH en relación a su enfermedad, coinciden en enfatizar la mayor presencia de estados de ansiedad y depresión en pacientes VIH, en comparación a los mismos indicadores obtenidos en población convencional. (Sikkema et al., 2003).

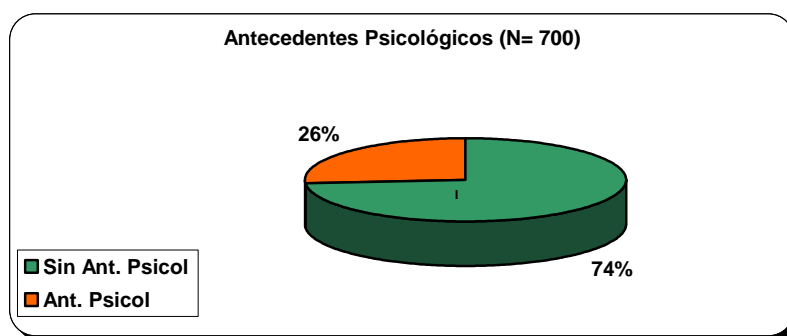


Figura 11: Antecedentes Psicológicos (N= 700)

Los parámetros anteriores (Antecedentes psicológicos y psiquiátricos), correlacionan con la presencia de DS. Tanto en este grupo como en los otros dos, la presencia de disfunciones sexuales, incrementa la problemática psicológica del paciente.

Anteced. Psicológicos y Problemas Sexuales ($r = 0.21$ y $p \leq 0.01$).

En la Introducción de este estudio, hemos recogidos la importancia de estos aspectos al abordar el apartado de la conducta sexual humana. Nos referimos a la tremenda importancia que los procesos de aprendizaje y la cultura tienen sobre la respuesta humana.

En este caso concreto, los mensajes culturales sobre la respuesta sexual del hombre, descritos por distintos autores (Carrobles 1981), (Carrobles, Sanz 1998), (Crespo, Labrador, De la Puente 1997), (Labrador 1994) (Labrador, Crespo 2003), justifican la patología adicional asociada a las disfunciones, al incorporar variables como la ansiedad. Este estado emocional se potencia al asociar la conducta sexual con el hecho de alcanzar objetivos de rendimiento.

En este contexto, han sido de vital importancia los trabajos de Master y Jhonson (1966), para la valoración objetiva de los aspectos relativos a la conducta sexual y su importancia en el ajuste global de los sujetos, ya que han dado lugar a las actuales clasificaciones y líneas de investigación.

Además de la incidencia que los antecedentes psicológicos y psiquiátricos puedan tener sobre la respuesta sexual, también hemos recogido su relación con la respuesta de los pacientes al ser diagnosticado de VIH, observando su correlación entre los antecedentes psiquiátricos y las conductas llevadas a cabo por los pacientes al recibir el diagnóstico de VIH. El menor grado de patología psiquiátrica correlaciona con acciones más adaptativas.

Anteced. psiquiátricos e hizo al ser diagnosticado/a ($r = - 0.18$ y $p \leq 0.01$).

La correlación es negativa, indicando que los pacientes con acciones mas adaptativas tras el diagnóstico de VIH, poseen menor incidencia de patología psiquiátrica previa.

Apoyo familiar: Entre los aspectos psicológicos y sociales que hemos valorado en el presente trabajo, cabe reseñar la importancia del apoyo familiar. Los pacientes con más apoyo familiar, serían, en principio, aquellos que comparten más su situación con personas allegadas. La correlación es positiva, indicando que a mayor grado de apoyo social percibido, mayor incremento en la posibilidad de compartir la situación de enfermedad con personas allegadas.

Otra forma posible de interpretación, es que el hecho de compartir más la situación con personas allegadas sea predictivo en encontrar mayor grado de apoyo social. Lo que sí parece concluyente, es que este tipo de apoyo recibido, correlaciona positivamente, con realizar desde el principio del diagnóstico acciones mas adaptativas, según se desprende del resultado de recientes estudios (Brashers, Neidig, Goldsmith, 2004).

En este trabajo, los autores encontraron que el apoyo de personas allegadas, ayuda a las personas con HIV/SIDA en distintas áreas psicosociales, para manejar la incertidumbre creada por la enfermedad, buscar ayuda e información adecuada, facilitando todo ello el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Por nuestra parte, hemos observado, que existe correlación entre el apoyo familiar y la variable género, siendo los hombres quienes más apoyo reciben. Así el apoyo familiar, correlaciona de forma significativa con el género de los pacientes.

Apoyo Familiar y Género ($r = 0.14$ y $p \leq 0.01$)

Tanto en este grupo, como en los otros dos grupos de estudio, se observa que los varones reciben mayor apoyo familiar, siendo las mujeres (madres, hermanas o compañeras), quienes les proporcionan ese soporte.

Tipo de intervención psicológica: El tipo de intervención psicológica efectuado con los pacientes, está relacionado con el motivo de demanda y con el número de entrevistas realizadas por paciente. El mayor número de consultas, correlaciona con la realización de sesiones de terapia cognitiva. De esta forma, los pacientes que planteaban demandas más críticas, han recibido apoyo específico durante más tiempo, generalmente mediante la aplicación de técnicas cognitivas, en la forma que se describe en el apartado Procedimiento de este estudio: *Detección del problema por parte del paciente o miembros del equipo, contacto con la psicóloga, valoración inicial de la problemática, inclusión en el estudio si el paciente esta de acuerdo y comienzo de la terapia cognitiva.*

Tipo Inter. Psicológica y Nº Consultas paciente ($r = 0.52$ y $p \leq (0.01)$).

Número de consultas por paciente: El número de consultas realizado por paciente, correlaciona con la presencia de DS, observándose mayor número de consultas en los pacientes con DS. La disfunción sexual, como se ha comentado anteriormente, agrava la problemática emocional del paciente, como ocurre en este grupo, produciendo mayor número de demandas psicológicas y en este caso de terapia específica de corte psicosexual, siguiendo el procedimiento habitual: *Detección de problemática por parte de miembros del equipo o solicitud del propio paciente, primera toma de contacto con la psicóloga, valoración inicial y comienzo de terapia si el paciente está de acuerdo.*

En los pacientes con problemática sexual, las medias en número de consultas, son superiores a las realizadas en otras problemáticas.

Número de consultas y Problemas sexuales ($r = 0.34$ y $p \leq 0.01$)

Ansiedad y Depresión (HAD): En el contexto de las variables psicológicas, las puntuaciones del cuestionario HAD, obtenidas por los pacientes incluidos en el estudio, muestran correlación en los niveles de ansiedad inicial (HA) y final (HAF). La correlación es positiva, apuntando a que las puntuaciones iniciales más altas, observadas en ansiedad, se relacionan con las puntuaciones mas altas finales en ansiedad.

En general, observamos que en nuestros pacientes, predominan las puntuaciones altas tanto de ansiedad como en depresión; Dadas las situaciones emocionales que venimos describiendo asociadas a esta enfermedad, es bastante habitual que aparezcan estos índices elevados de alteraciones emocionales.

Los aspectos relacionados con los índices de ansiedad y depresión en pacientes VIH, vienen siendo motivo de interés desde hace tiempo y han sido evaluados desde distintos enfoques y dirigidos hacia distintos tipos de poblaciones y/o colectivos.

Así por ejemplo, Valente (2003), concluye en su investigación que los desórdenes depresivos son comunes entre un 20% a un 32% en los pacientes con VIH, si bien no están reconocidos como tales; advierte igualmente cómo esta sintomatología aumenta el índice de demandas de atención específica y de la dificultad de una correcta evaluación de estos desórdenes por su potencial solapamiento con sintomatología propia del VIH.

Por su parte Cohen et al. (2002), encontraron altos índices de ansiedad y depresión en los 101 pacientes de su estudio VIH, reclutados en una Unidad de enfermedades Infecciosas.

Los niveles de ansiedad/depresión, fueron evaluados mediante el cuestionario HAD y los resultados obtenidos, mostraron que el 53.5% de los pacientes obtenían puntuaciones clínicas (>10) en este cuestionario. En nuestro estudio hemos encontrado porcentajes algo superiores en este grupo, según se observa en las siguientes figuras:

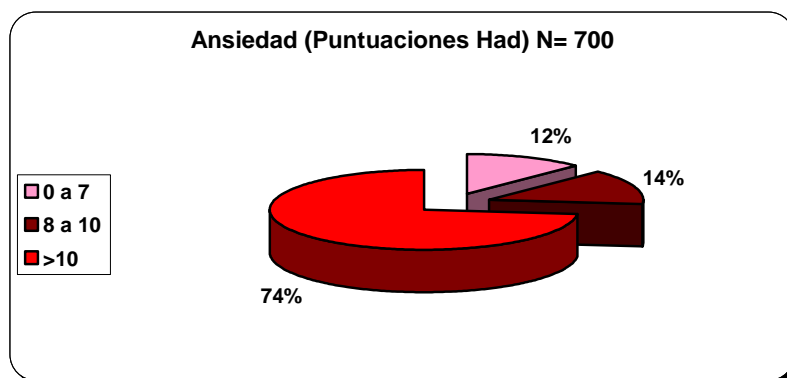


Figura 12: Ansiedad (Had) N= 700

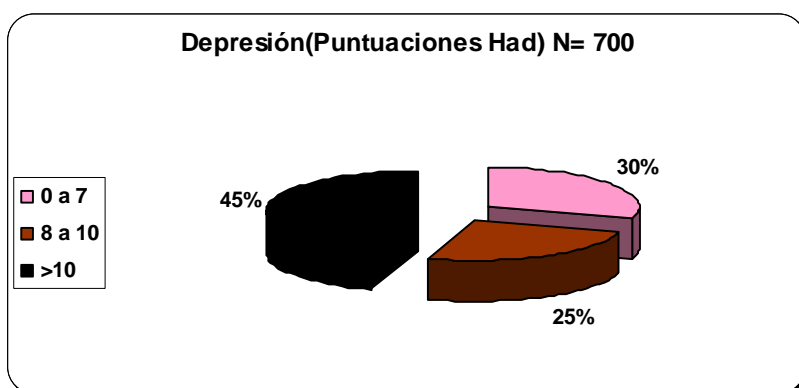


Figura 13: Depresión (Had) N= 700

Con relación a la variable depresión, se observan las mismas características que con la de ansiedad, ya que las puntuaciones del cuestionario HAD, en los niveles de depresión inicial (HD) correlacionan con las finales (HDF). Si bien esta correlación, sigue la curva lógica, tras la intervención psicológica que hemos realizado, se observa una reducción en los índices de depresión iniciales. Para ello hemos procedido a la comparación de medias entre los niveles iniciales de depresión y los finales, registrados en el HAD

Las puntuaciones del cuestionario HAD final (HDF) obtenidas al final del estudio, correlacionan con los CD4 finales (Cd4F). A mayor número de células CD4F, menor nivel de ansiedad final (HAF). Así, nuestros resultados indican que los pacientes de este grupo presentan menores niveles de ansiedad final, medida mediante el cuestionario HAD, en correlación al aumento del número de sus células Cd4. Estos resultados son los lógicos y esperados en los pacientes VIH en general, ya que el mayor bienestar físico y la estabilidad que de ello se deriva, revierte en un mayor grado de ajuste global y por tanto de disminución en los niveles de ansiedad.

Dada la innegable relación entre los factores biológicos y emocionales comunes a cualquier patología, han ido proliferando en VIH, los estudios que valoran conjuntamente la evolución de parámetros biológicos y emocionales.

En estos estudios se describe el significativo descenso en los niveles de depresión de los pacientes, en función al hecho de haber conseguido descender el nivel de Carga Viral hasta su indetectabilidad. (Kalichman, Difonzo, Austin, Luke, Rompa, 2002). De esta forma, contrastamos que nuestros resultados están en consonancia con los datos obtenidos en este estudio.

4.1.1.5. Variables Cumplimiento

En este apartado, describiremos las correlaciones observadas en las variables:

- ✓ Compartir situación con allegados.
- ✓ Causas por las que comparte o no la situación
- ✓ Nivel de cumplimiento autoinformado.

Compartir situación con allegados: La variable Compartir situación con allegados, (CCPA) correlaciona con la vía de transmisión.

Del mismo modo, el hecho de compartir o no la situación con allegados, correlaciona con la causa por la que se comparte o no el diagnóstico (Causa).

La correlación es negativa, lo que indica que existe mayor tendencia a compartir, cuando las causas que lo favorecen, están asociadas a situaciones positivas (tener pareja, tener familia, percibir apoyo). De forma contraria, existirá menor tendencia a compartir la situación cuando las causas por las que se comparte o no, están asociadas a repercusiones negativas (temor al impacto, al rechazo, repercusiones sociales...)

Compartir situación y Causa compartir ($r = -0.82$ y $p \leq 0.01$)

En este caso concreto, se observa, mayor tendencia a compartir la situación en los pacientes con infección debida a tóxicos. La lógica que sustenta esta situación es que habitualmente la toxicomanía compartiendo material venopunzante, suele ser una práctica conocida por el entorno próximo de los afectados, lo que facilita compartir la situación. En cambio existe una acusada tendencia no solo a no compartir, sino a ocultar la situación, cuando las repercusiones sociales esperadas pueden ser amenazantes para los sujetos. En este sentido las prácticas sexuales de riesgo que han producido la infección, estarían más asociadas a la ocultación de la enfermedad.

Según los diversos estudios de Herek y Glunt (1988,1990, 1991) los estereotipos asociados a la enfermedad desde sus orígenes, han favorecido la estigmatización a los afectados, aspectos que por nuestra parte observamos siguen vigentes según manifestaciones de los propios pacientes.

Causas por las que comparte: La variable Causa por la que comparte o no, se encuentra relacionada con el tipo de pensamiento al ser diagnosticado (Pensó).

Los aspectos relativos al procesamiento de la información por parte de los seres humanos, no son objetivo de esta investigación, pero no podemos por menos de mencionar su importancia, ya que son predictivos en las actitudes y conductas posteriores en situaciones de enfermedad y de forma específica en el VIH.

En este sentido, los pensamientos más negativos, procesados en ese momento por los pacientes, correlacionan con compartir menos el diagnóstico de VIH. De esta forma, los pacientes, que desarrollaron ideas más dramáticas sobre su enfermedad al ser diagnosticados de VIH, han compartido menos su situación con allegados.

Los resultados obtenidos en esta muestra de pacientes, están en consonancia con estudios recientes sobre la respuesta emocional ante el diagnóstico de VIH (Olley et al. 2003). Según estos autores el diagnóstico de la infección por VIH, causa un fuerte impacto emocional en los pacientes, de tal magnitud que puede ocasionar inclusive ideación suicida, llevando en muchas ocasiones a conductas de evitación que dificultan el afrontamiento adecuado del problema.

Nivel de cumplimiento: El valor autoinformado de nivel de cumplimiento, correlaciona con los niveles de Carga Viral final (CVF): Mayor puntuación en cumplimiento, correlaciona con menor grado de Carga viral final.

Nivel de cumplimiento y Carga Viral final ($r = -0.10$ y $p < 0.01$)

La correlación es negativa lo que indica que a medida que el nivel del cumplimiento muestre índices más altos, mayor probabilidad de descenso en la viremia plasmática de los pacientes, situación que ha ocurrido en este grupo.

Como se ha comentado previamente, Los marcadores de enfermedad (Cd4 y Carga Viral), son sensibles al uso sistemático de los fármacos, cosa que ocurre en este grupo de pacientes que autoinforman niveles de cumplimiento altos, siguiendo la tendencia actual en pacientes fidelizados.

4.1.1.6. Variables Afrontamiento

En este apartado, describiremos las correlaciones observadas en la variable:

- ✓ Tipo de pensamiento al ser diagnosticados.

Tipo de pensamiento al ser diagnosticados: El tipo de pensamiento en el momento del diagnóstico correlaciona con la situación laboral (SL) y con el nivel cultural (NC). En este grupo de pacientes, aparecen pensamientos más negativos a mayor nivel cultural y a mejor situación laboral.

Igualmente correlaciona con compartir situación. Pensamientos más negativos correlacionan con el hecho de no poder compartir la situación del diagnóstico con allegados.

Este tipo de planteamiento es habitual debido a la tremenda carga de estereotipos que el VIH implica culturalmente. La presión social de estos estereotipos sociales y culturales y la hostilidad existente respecto a las personas con infección por VIH están muy bien descritas en la literatura al respecto (Carr y Gramling, 2004), justificando la dramática percepción de futuro que los pacientes tienen, con consecuencias evidentes en sus acciones inmediatas.

De esta forma, el tipo de pensamiento y de conductas tras el diagnóstico, correlacionan entre sí, en función a la gravedad estimada de la situación, aspectos que hemos observado en estos pacientes.

4.1.1.7. Variables relativas a la sexualidad

En este apartado, describiremos las correlaciones observadas en las variables:

- ✓ Preferencias sexuales
- ✓ Disfunciones sexuales

Preferencia Sexual: Por último la variable preferencia sexual (IS), correlaciona con la existencia de Problemas Sexuales. En este caso concreto, es el grupo de pacientes homosexuales el que presenta mayor problemática sexual.

Nuestros resultados son coherentes con los previamente obtenidos en trabajos que han comparado entre si en grupos de pacientes VIH con distintas preferencias sexuales. En esta línea se integra el trabajo de Mills et al. (2004), con 2881 sujetos VIH (heterosexuales y homosexuales), mostrando sus resultados que los niveles de depresión y problemas sexuales asociados, son mayores en varones homosexuales que en varones heterosexuales.

Preferencia sexual y Problemas sexuales ($r = 0.25$ y $p < 0.01$)

En resumen: Para concluir este apartado relativo al grupo $N = 700$, indicamos nuevamente que las DS, afectan a un total de 313 sujetos (221 hombres y 92 Mujeres), lo que supone un 45% de este grupo de estudio, tal como se observa en la siguiente figura.

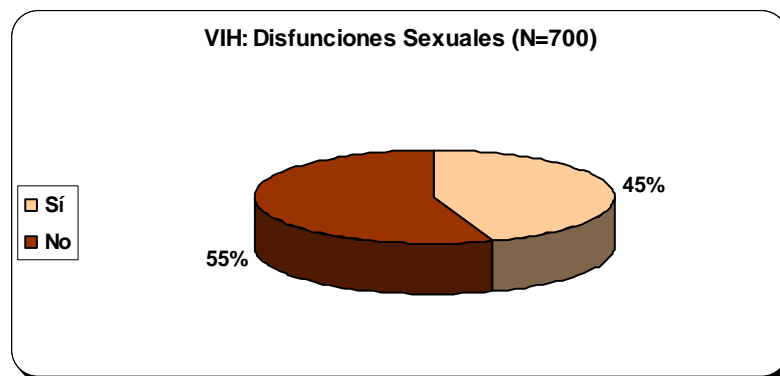


Figura 14: Disfunción sexual (N=700)

La distribución de las DS, según los criterios clasificatorios del DSM-IV-TR, es que se observa en la siguiente figura:

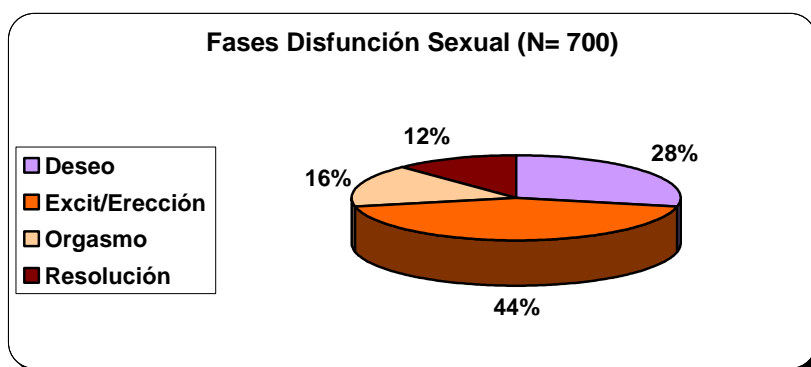


Figura 15: Distribución DS. DSM-IV-TR (N= 700)

Tanto los datos relativos a los porcentajes de disfunciones sexuales, como su distribución en las distintas fases de ciclo sexual, han sido obtenidas mediante el análisis estadístico de frecuencias.

En el presente apartado las hemos presentado en forma de gráficos de sectores para facilitar su comprensión rápida.

En el Anexo V, se encuentran reflejados estos datos en forma de tablas de contingencia, con los porcentajes de disfunciones sexuales, su distribución en las fases del ciclo sexual y también en relación al género con cálculo de frecuencias absolutas y frecuencias relativas para cada variable.

4.1.2. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOLÓGICO (N =180)

En este grupo (N=180), todos los sujetos (Hombres y Mujeres), presentan algún tipo de DS. Todos han cumplimentado el cuestionario HAD (ansiedad/depresión) al principio del estudio y al final del mismo, habiendo recibido apoyo psicológico durante un periodo variable, según cada caso, entre 6 o 24 meses.

Con respecto a los datos obtenidos, el análisis correlacional realizado con el grupo de 180 pacientes que han recibido apoyo psicológico, arroja resultados similares a los obtenidos en el grupo anterior; por ello, solo enfatizaremos aquellos que sean más relevantes.

4.1.2.1. Variables Demográficas

Al igual que en el grupo anterior, en este, se observa relación entre la variable género y tener apoyo familiar. Siguen siendo los hombres quienes reciben mas apoyo; Este apoyo es prestado básicamente por las mujeres, situación bastante habitual en otras patologías.

Género y Apoyo familiar ($r = -0.20$ y $p < 0.01$)

4.1.2.2. Variables Clínicas

En este grupo de pacientes, que han recibido apoyo psicológico se observa mejor evolución de las variables clínicas; mayor número de Cd4 y menor Carga Viral, en el análisis de variables relacionadas.

Cd4 y Carga Viral ($r = -0.26$ y $p < 0.01$)

La correlación es negativa e indica la progresión inversa de valores (mayor número de células Cd4, es significativo con el descenso de la Carga Viral), lo cual supone un buen pronóstico para los pacientes.

4.1.2.3. Variables Farmacológicas

Problemas Sexuales: La correlación de Problemas sexuales en este grupo, es estadísticamente significativa con el uso de Ritonavir (nombre comercial Norvir). La correlación es positiva, indicando que a mayor presencia del fármaco, mayor incidencia de problemática sexual.

Problemas Sexuales y Norvir ($r = 0.13$ y $p \leq 0.01$)

4.1.2.4. Variables Psicológicas

Tipo de intervención psicológica: El tipo de Intervención psicológica realizada, correlaciona con las puntuaciones de ansiedad final.

Tipo Intervención psicológica y ansiedad final ($r = -0.12$ y $p < 0.01$).

La correlación es negativa, lo que indica que los niveles de ansiedad de los pacientes, disminuyen más en la medida en que reciben terapia psicológica mas específica (en este caso con técnicas cognitivas) Por el contrario, si la intervención se limita a entrevistas puntuales sin técnicas concretas, se observa menor descenso en los niveles de ansiedad. En nuestro estudio, se observan niveles más bajos de ansiedad final (HAF) en pacientes que han recibido en mayor proporción apoyo psicológico con técnicas cognitivas.

Respecto a esta circunstancia, el apoyo psicológico ha demostrado su utilidad y beneficios, tanto en las enfermedades crónicas, como en diversidad de trabajos que abordan las respuestas emocionales de los sujetos frente a eventos vitales. Así nuestros resultados son coherentes con el estudio llevado a cabo por Blanch et al., (2002), que demuestra los beneficios obtenidos de la aplicación de la terapia cognitiva en grupos de pacientes con infección por VIH, reclutados en una consulta de psiquiatría. Las conclusiones de este trabajo, indican que los pacientes no solo mejoraron significativamente sus niveles de ansiedad y depresión, sino que mantuvieron dicha mejoría transcurridos varios meses, cuando volvieron a ser evaluados.

4.1.2.5. Variables Afrontamiento

Tipo de pensamiento al ser diagnosticado: El tipo de pensamiento al recibir el diagnóstico de VIH, correlaciona con la vía de transmisión. Los pensamientos menos catastróficos, corresponden a los pacientes con infección VIH por vía tóxicos.

Pensó tras diagnostico y Vía de Transmisión ($r = -0.39$ y $p \leq 0.01$).

La correlación obtenida en este caso es negativa, lo que indica que los pensamientos desarrollados en el momento del diagnóstico poseen bajos índices de amenaza para el sujeto, en proporción a la vía de transmisión por la que se ha producido la infección. Nuestros datos indican que la transmisión por tóxicos se asocia a una percepción menos amenazante de la situación vital, mientras que la vía sexual, está asociada a una percepción más dramática de la misma.

Los datos de nuestro estudio son coherentes con investigaciones existentes sobre los distintos tipos de respuestas emocionales en función a la vía de transmisión del VIH, tanto en la valoración de las posibles consecuencias como en las repercusiones emocionales de la situación (Bock, Escobar-Pinzon, Riemer, Blanch, Hautzinger, 2003).

En este estudio europeo multicéntrico se incluyeron 117 pacientes con VIH, quienes formaron parte en los programas para mejorar las estrategias de afrontamiento con el HIV. El estudio se diseñó para investigar, junto con la efectividad de la intervención, las diferencias entre los hombres VIH, con transmisión homosexual y hombres usuarios de droga, informando estos últimos de menor psicopatología asociada al diagnóstico y afrontamiento del VIH.

En resumen: Para concluir este apartado en este grupo de pacientes, indicamos nuevamente que las disfunciones sexuales, afectan al total constituido por 180 sujetos, (125 hombres y 55 mujeres) lo que supone el 100% de este grupo como se describe en la siguiente figura:

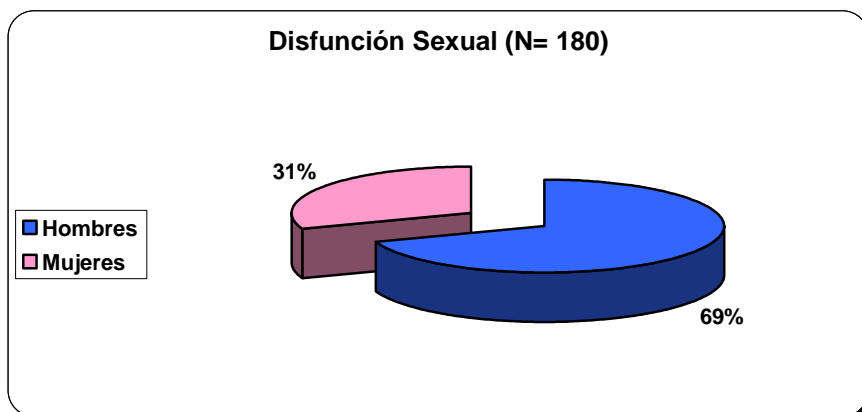


Figura 16: Porcentaje disfunciones (Hombres/Mujeres) N= 180

Se ha realizado evaluación psicológica al inicio y a final del estudio a todo este grupo y se ha realizado apoyo psicológico a los pacientes. Con relación a la distribución de las disfunciones sexuales, según los criterios del DSM-IV-TR, es la que describe en la siguiente figura:

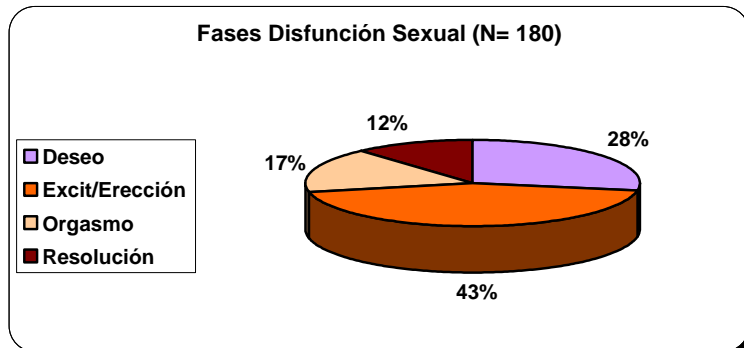


Figura 17: Distribución DS. DSM-IV-TR (N= 180)

Estas cifras han sido obtenidas mediante el análisis estadístico de frecuencias y reflejadas en gráficos de sectores para facilitar la comprensión de los datos. Los resultados obtenidos en este grupo son de difícil comparación con población convencional, ya que los datos epidemiológicos que existen son muy escasos en población convencional.

Un estudio ya clásico es el de Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, Mckinlay (1994), dirigido al estudio de la disfunción sexual masculina y desde el abordaje de los urólogos, que ha dado lugar a posteriores investigaciones. Como se ha comentado, muchos de estos estudios, están dirigidos o bien solamente a hombres o a alguna de las disfunciones específicas de mayor emergencia como el deseo sexual inhibido o la disfunción eréctil secundaria. Si esto es así en población convencional, todavía resulta más difícil cuando nos referimos a las DS y su distribución en pacientes VIH.

Otra forma posible de aproximación a la problemática de las DS, son los estudios llevados a cabo con grupos muy grandes de pacientes con distintas patologías (*hipertensión, diabetes, neuropatías*) (Oyágüez et al., 2001), (Campillos et al., 2003), también dirigidas a pacientes varones y en concreto a alguna de las disfunciones (pérdida de deseo o pérdida de erección), para la valoración de la eficacia de fármacos.

En el Anexo V, se incluyen las tablas de contingencia correspondientes a la distribución de DS en estos pacientes, con inclusión de frecuencias absolutas y relativas en las distintas fases del ciclo sexual y dentro de la categoría género.

4.1.3. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOSEXUAL (N =47)

En este grupo (N=47), todos los sujetos (Hombres/Mujeres), presentan algún tipo de DS.

Todo el grupo ha sido evaluado mediante una hoja de registro diseñada específicamente para ello; esta hoja con contenidos acerca del funcionamiento sexual se incluye en el Anexo I y recoge información sobre el inicio del problema, los ejes temporales y situacionales, así como el nivel inicial de satisfacción sexual al ser incluidos en el estudio (SSI) y el nivel final de satisfacción sexual al término del mismo (SSF). Las variables de ansiedad y depresión de todos estos pacientes, han sido recogidas mediante el cuestionario HAD, que todos ellos han cumplimentado al ser incluidos en el estudio y a su finalización. Dado el tipo de demanda, todos han recibido apoyo psicosexual. Del análisis correlacional, destacamos los siguientes resultados:

4.1.3.1. Variables Demográficas

La variable género, se encuentra relacionada con el Apoyo Familiar. Al igual que hemos observado y descrito en los anteriores grupos, en este, son también los varones quienes reciben más apoyo y las mujeres quienes más lo facilitan.

Género y Apoyo familiar ($r = -0.36$ y $p \leq 0.01$).

4.1.3.2. Variables Psicológicas

Los antecedentes psicológicos y los antecedentes psiquiátricos, correlacionan con la búsqueda de ayuda profesional, previa en los Problemas Sexuales (BAP).

Búsqueda ayuda profesional y Antecedentes psicológicos
($r = 0.50$ y $p \leq 0.01$).

En este grupo de pacientes, se observa correlación entre la presencia de historial psicológico previo, con una mayor incidencia en la búsqueda de apoyo profesional en el área sexual.

4.1.3.3. Variables relativas a la sexualidad

La búsqueda de apoyo profesional previa para la disfunción sexual, correlaciona con el tiempo transcurrido en terapia sexual (MsTSx). A medida que los pacientes con disfunción han solicitado ayuda, han podido ser incluidos en el estudio y eso junto con la mayor o menor intensidad de la problemática, justifica el mayor o menor tiempo que han recibido apoyo, en función a los problemas sexuales referidos.

Los índices de confort y ajuste en el área de la sexualidad, han sido registrados, mediante escalas analógicas (escala de 1 a 10). En este sentido los pacientes autovaloraban, al ser incluidos en el estudio, el nivel de satisfacción respecto a su respuesta sexual en función a su percepción del problema. Este mismo sistema era utilizado posteriormente, para valorar la percepción final de satisfacción respecto a su respuesta sexual en ese momento.

Según el análisis correlacional de estas variables, el nivel de satisfacción sexual inicial (SSI), correlaciona con el índice de satisfacción sexual final (SSF). Los pacientes con mayor grado de discomfort respecto a su respuesta sexual, muestran índices más bajos de satisfacción inicial en esta área.

Al final del estudio la correlación se mantiene; sin embargo en el análisis de variables asociadas realizado, se observa que las puntuaciones medias de satisfacción respecto a la respuesta sexual alcanzan mayores niveles, tras la intervención psicosexual que estos pacientes han recibido.

En resumen: Para concluir este apartado de este grupo de pacientes, indicamos nuevamente que las DS, afectan al total constituido por 47 sujetos, (36 hombres y 11 mujeres) lo que supone el 100% de este grupo y cuya distribución, se observa en la siguiente figura:

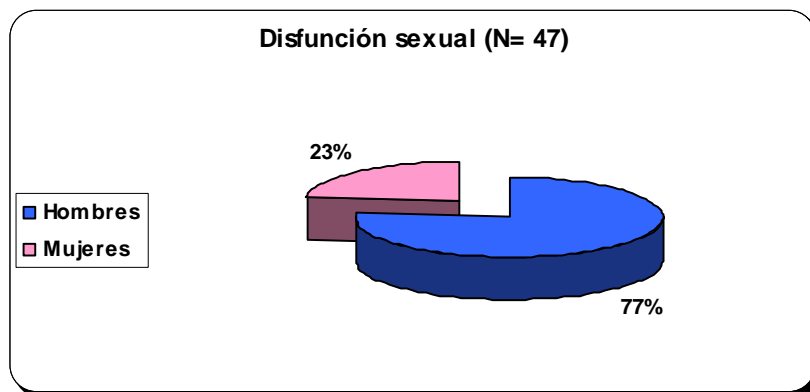


Figura: 18 Porcentaje disfunciones Hombres/Mujeres (N= 47)

Como se ha comentado, se ha realizado evaluación psicológica al inicio y a final del estudio a todo este grupo y se ha realizado apoyo psicológico y terapia sexual a todos los pacientes incluidos.

La distribución de las DS, según los criterios del DSM-IV-TR, en este grupo, es la que describe en la siguiente figura:

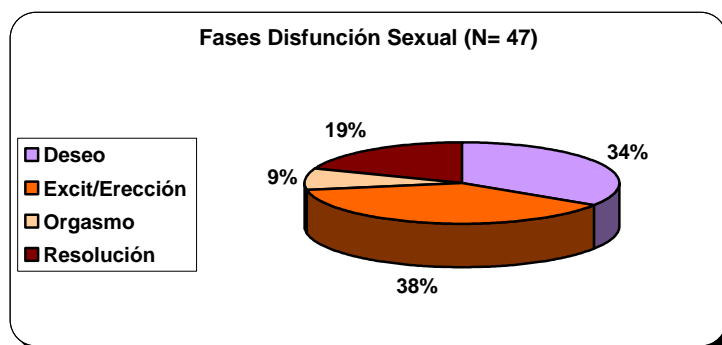


Figura 19: Distribución DS. DSM-IV-TR (N= 47)

Estas cifras han sido obtenidas mediante el análisis estadístico de frecuencias y reflejadas en gráficos de sectores para facilitar la comprensión de los datos. Como se ha comentado en el grupo anterior, los resultados obtenidos en este grupo son de difícil comparación con población convencional, ya que los datos epidemiológicos existentes son muy restringidos (Labrador 2003).

En general las investigaciones sobre la problemática sexual hacen referencia o bien solamente a hombres o a alguna de las disfunciones específicas de mayor emergencia como el deseo sexual inhibido o la disfunción eréctil secundaria.

Tanto los datos relativos a los porcentajes de disfunciones sexuales, como su distribución en las distintas fases de ciclo sexual según los criterios del DSM-IV-TR, han sido obtenidas mediante el análisis estadístico de frecuencias

En el Anexo V, se encuentran reflejados todos estos datos en forma de tablas de contingencia, con los porcentajes de disfunciones sexuales, su distribución en las fases del ciclo sexual y también en relación al género, con cálculo de frecuencias absolutas y frecuencias relativas para cada variable.

4.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES (T DE Student)

Para el cálculo estadístico de las variables asociadas se ha utilizado la prueba T de Student.

A continuación, describiremos los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta prueba en el análisis de las siguientes variables:

- ✓ Evolución clínica de los pacientes referidas al recuento de células Cd4.
- ✓ Evolución clínica de los pacientes, referidas al recuento la Carga Viral
- ✓ Evolución psicológica de los pacientes, referida a las puntuaciones iniciales y finales de ansiedad recogidas en el cuestionario HAD.
- ✓ Evolución psicológica de los pacientes, referida a las puntuaciones iniciales y finales de depresión, recogidas en el cuestionario HAD.

Los grupos de sujetos estudiados son:

- ✓ Población total (N=700)
- ✓ Subpoblación: Disfunción Sexual (DS) Apoyo Psicológico (N=180).
- ✓ Subpoblación: Disfunción Sexual (DS) Apoyo Psicosexual (N=47).

4.2.1. POBLACIÓN (N= 700)

4.2.1.1. Variables clínicas

En este grupo, se registraron al principio del estudio, las variables clínicas correspondientes a los Cd4 y a la Carga Viral. Al final del estudio, han vuelto a valorarse los índices de ambos marcadores.

En la siguiente tabla se observa el aumento registrado en los valores medios de Cd4 al finalizar el estudio.

Evolución valores medios CD4 (N= 700)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
Cd4 Iniciales	427,40	700	316,785	11,793
Cd4 Finales	494,05	620	312,520	11,812

Tabla 31: Evolución valores medios células Cd4 (N= 700)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= -6.073 (699), siendo $p \leq 0,001$]

En este grupo de pacientes los valores medios de Cd4 iniciales, se situaban en 427,40 al ser incluidos en el estudio; al final de la investigación se observa un incremento positivo en estos valores, que rozan actualmente la cifra de 500 Cd4, con valores medios de 494,05.

Como recoge la bibliografía al uso, la frontera establecida por la cifra de 500 Cd4, junto con un grado de viremia bajo, sitúa a los pacientes en un buen pronóstico vital. La evolución alcanzada por estos pacientes, muestra la actual tendencia sobre el control de esta enfermedad, mediante control de patologías asociadas y seguimiento de los pacientes en las Unidades de Enfermedades Infecciosas.

El otro marcador clínico que hemos considerado es el relativo a los niveles de viremia, mediante el recuento de la Carga Viral. En la siguiente tabla se observan la disminución en los valores medios de Carga Viral.

Evolución valores medios Carga Viral (N= 700)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
C.Viral Inicial	90634,13	700	278670,182	10532,743
C.Viral Final	49715,67	620	146259,984	5528,108

Tabla 32: Evolución Valores Medios Carga Viral (N= 700)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 3.989 (699), siendo $p \leq 0,001$]

El aumento de las células Cd4 y la disminución de la Carga Viral, son objetivos básicos en el control de la enfermedad, por tanto el aumento de los primeros y el descenso de la segunda, indica un buen pronóstico vital para los pacientes.

En este grupo de pacientes, los valores medios de viremia al inicio del estudio eran de 90.634,13, cifra muy alta, ya que a partir de 60.000 copias el paciente es vulnerable a que surjan complicaciones; Al final del estudio, la cifra media de viremia, se sitúa en 49715,67 (por debajo de 60.000 copias), si bien todavía se encuentra en tasas altas para lo que sería conveniente.

Si bien se han descrito previamente los efectos adversos asociados a los tratamientos antirretrovirales y de forma específica a los inhibidores de la proteasa (IP), los beneficios obtenidos por los pacientes que siguen estos tratamientos, se describen como obtención de estabilidad biológica y un mejor índice de calidad de vida (Low-Beer et al., 2000), lo que coincide con los resultados que venimos describiendo en este estudio.

4.2.2. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOLÓGICO (N= 180)

4.2.2.1. Variables clínicas

En este grupo de sujetos, se registraron al principio del estudio, las variables clínicas correspondientes a los Cd4 y a la Carga Viral. Al final del estudio, han vuelto a valorarse los índices de ambos marcadores. En la siguiente tabla se observa el aumento registrado en los valores medios de Cd4.

Evolución valores medios CD4 (N= 180)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
Cd4 Iniciales	476,78	180	329,339	24,547
Cd4 Finales	582,04	180	312,520	25,469

Tabla 33: Evolución valores medios Cd4 (N= 180)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= -4.370 (179), siendo $p \leq 0,001$]

En este grupo de pacientes, se observan mejores niveles en los Cd4 iniciales que en el grupo anterior (476,78) muy cercanos a la frontera de los 500. Al finalizar el estudio y volver a proceder al análisis de esta variable se observa un elevado aumento en los valores medios de las células Cd4, superando la cifra de 500, con un valor medio de 582,04. Esta cifra como se viene describiendo, es significativa en el pronóstico vital de los pacientes en conjunción con un bajo nivel de viremia plasmática.

Además del aumento de células Cd4, se observa la disminución de la viremia plasmática en este grupo de pacientes, en la siguiente tabla:

Evolución valores medios Carga Viral (N= 180)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
C. Viral Inicial	77921,15	180	196491,125	14645,584
C. Viral Final	35212,31	180	109763,750	8181,307

Tabla 34 Evolución valores medios Carga Viral (N= 180)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 2.890 (179), siendo $p \leq 0,001$]

En este grupo de pacientes, los valores medios de viremia al inicio del estudio eran de 77921,15, cifra alta, aunque mejor que la media del grupo anterior, al estar mas cercana a las 60.000 copias; Al final del estudio, la cifra media de viremia plasmática, se sitúa en 35212,31, por debajo de 60.000 copias, si bien todavía se encuentra en tasas altas. Estos resultados, son coherentes con la actual tendencia en el control de la enfermedad al aplicar tratamientos antirretrovirales cada vez más adecuados (López et al., 2005).

4.2.2.2. Variables Psicológicas

En este grupo, se ha realizado apoyo psicológico, por alteraciones psicológicas de los pacientes de distinta índole. El tipo de intervención psicológica, ha estado en función a la gravedad de las demandas, con la distribución de frecuencias absolutas que se describe en la siguiente figura:

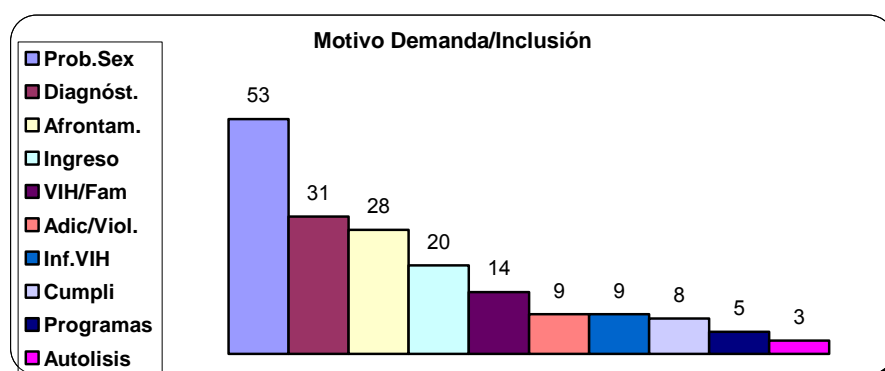


Figura 20: Demandas psicológicas (N=180)

Tras el apoyo psicológico prestado a estos pacientes, se observa, una disminución en los valores medios de ansiedad y depresión, registrados mediante el cuestionario HAD. Dicha disminución se observa en las siguientes tablas:

Evolución Valores Medios Ansiedad (N= 180)

ANSIEDAD	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
HAD Inicial	14,02	180	3,436	,256
HAD Final	10,35	180	3,110	,232

Tabla 35: Evolución valores medios Ansiedad (N= 180)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 16.558. (179), siendo $p \leq 0,001$]

Evolución Valores Medios Depresión (N= 180)

DEPRESIÓN	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
HAD Inicial	11,04	180	4,132	,308
HAD Final	8,46	180	3,569	,266

Tabla 36 Evolución valores medios Depresión (N= 180)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 9.649 (179), siendo $p \leq 0,001$]

La disminución en los índices de ansiedad previos y finales, es significativa, consiguiendo descender los niveles clínicamente significativos. Por otra parte, la disminución en los índices de depresión final, también es significativa, consiguiendo reducir los niveles de depresión de clínicos a dudosos.

La evolución tanto clínica como psicológica que acabamos de describir, repercute en un indudable beneficio general en el estado físico y emocional de los pacientes de este grupo.

Los resultados obtenidos, los interpretamos en un contexto de intervención multidisciplinar dentro del trabajo en equipo llevado a cabo en nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas, aunque dándole a la intervención psicológica, el peso específico que ya otras investigaciones le conceden en el tratamiento cognitivo de las alteraciones emocionales de los pacientes VIH (Blanch et al., 2002)

4.2.3. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOSEXUAL (N = 47)

4.2.3.1. Variables Clínicas

En este grupo de sujetos, se registraron al principio del estudio las variables clínicas correspondientes a los Cd4 y a la Carga Viral. Al final del estudio, han vuelto a valorarse los índices de ambos marcadores. En la siguiente tabla se observa la evolución en los valores medios de Cd4.

Evolución valores medios CD4 (N= 47)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
Cd4 Iniciales	467,72	47	324,430	47,323
Cd4 Finales	635,55	47	351,762	51,310

Tabla 37: Evolución valores medios Cd4 (N= 47)

En este grupo de pacientes, se observan similares valores medios al grupo anterior en los Cd4 iniciales (467,72), también cercanos a la frontera de los 500. Al finalizar el estudio y volver a proceder al análisis de esta variable se observa un elevado aumento en los valores medios de las células Cd4, superando ampliamente la frontera de los 500 y situándose en valores medios de 635,55. Como se viene describiendo, el número de Cd4 y la viremia plasmática son significativos en el pronóstico vital de los pacientes. En este caso es un significativo aumento, de muy buen pronóstico para este grupo.

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

$$[t = -2.988 (46), \text{ siendo } p \leq 0,001]$$

Además del aumento de células Cd4, se observa también la disminución de la viremia plasmática en este grupo de pacientes.

Evolución valores medios Carga Viral (N= 47)

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
C. Viral Inicial	84711,98	47	202720,152	29569,773
C. Viral Final	34015,45	47	94750,556	13820,789

Tabla 38: Evolución valores medios Carga Viral (N= 47)

En este grupo de pacientes, los valores medios de viremia al inicio del estudio eran de 84711,98, cifra bastante alta, superior a la media del grupo anterior y bastante por encima de las 60.000 copias; Al final del estudio, la cifra media de viremia, se sitúa en 34015,31, (por debajo de 60.000 copias), con un descenso muy importante, si bien todavía se encuentra en tasas altas.

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:
[t= 1991 (46), siendo $p \leq 0,005$]

En este grupo, la evolución clínica en cuanto a aumento de Cd4 y descenso de Carga Viral, es superior a las diferencias obtenidas por los grupos anteriores, efecto que atribuimos al alto grado de compromiso que en general tienen estos pacientes respecto a los autocuidados, entre los que cabe destacar el nivel de cumplimiento terapéutico. Otro aspecto a considerar es la fidelización de estos pacientes, contrastada en la regularidad con que acuden a los controles y visitas programadas y su vinculación al equipo técnico que compone la Unidad.

4.2.3.2. Variables Psicológicas

Este grupo de pacientes con DS, ha recibido apoyo psicológico y terapia de enfoque sexual. Tras el apoyo psicológico prestado a estos pacientes, se observa, una disminución en los valores medios de ansiedad y depresión, registrados mediante el cuestionario HAD. Seguidamente pasaremos a describir los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de las muestras relacionadas.

Evolución Valores Medios Ansiedad (N= 47)

ANSIEDAD	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
HAD Inicial	12,17	47	3,841	,560
HAD Final	8,49	47	2,933	,428

Tabla 39: Evolución valores medios Ansiedad (N= 47)

Se observa un significativo descenso en los valores medios de ansiedad al inicio y al final del estudio, al descender los niveles de clínicos a dudosos.

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 8,157 (46), siendo $p \leq 0,001$]

La evolución en los valores medios de depresión, se describen en la siguiente tabla:

Evolución Valores Medios Depresión (N= 47)

DEPRESIÓN	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
HAD Inicial	8,83	47	4,280	,624
HAD Final	6,32	47	3,558	,519

Tabla 40: Evolución valores medios Depresión (N= 47)

Los resultados de la prueba t de Student para esta variable son:

[t= 4.823 (46), siendo $p \leq 0,001$]

Por lo que respecta a los aspectos emocionales, también se observan importantes descensos tanto en los valores medios de ansiedad como en los de depresión, lo cual se traduce en un bienestar generalizado con relación a los niveles previos a ser incluidos en el estudio. Al igual que hemos comentado en el grupo anterior, estos datos deben interpretarse en el contexto del trabajo en un equipo multidisciplinar, donde todos los factores: *fármacos, equipo y pacientes*, contribuyen a los resultados.

4.2.3.3. Variables relativas a la sexualidad

Este grupo de pacientes, es el único donde se ha aplicado un tipo de intervención psicosexual. Al ser incluidos en el estudio, los pacientes han cumplimentado una hoja de registro donde, entre otras variables, han informado de su nivel de satisfacción en el área sexual en aquel momento: Satisfacción sexual inicial (SSI). Esta variable se registra mediante una escala analógica de 1 a 10, observándose al principio valores bajos. Tras finalizar el estudio, los sujetos han vuelto a informar de su nivel de satisfacción en el área sexual en ese momento: Satisfacción sexual final (SSF).

En la siguiente tabla se observan la evolución de los valores medios iniciales y finales.

Evolución valores medios Satisfacción Sexual Inicial/Final

SATISFACCIÓN SEXUAL	MEDIA	N	DESVIACIÓN TIP.	ERROR TIP. DE LA MEDIA
Inicial	4,45	47	1,265	,185
Final	6,02	47	1,189	,173

Tabla 41: Satisfacción Sexual Inicial/Satisfacción Sexual Final (N= 47)

Los resultados de la prueba T de Student para esta variable son:
[t= -9.492 (46), siendo $p \leq 0,001$]

Entendemos que estos resultados deben interpretarse como los beneficios lógicos de la aplicación de una terapia específica para una problemática específica.

La posibilidad de comparar estos resultados con otros similares es compleja, debido a varios factores:





- 1-Connotaciones sociales, asociadas al estudio de la sexualidad humana.
- 2- Estereotipos asociados al VIH y a quienes tienen esta enfermedad.
- 3- Prioridades médicas a estudiar dentro del campo del VIH.

. Al igual que hemos comentado anteriormente, todas las mejoras conseguidas por este grupo de pacientes en el aspecto biológico y en el área psicosexual, contribuyen su bienestar generalizado.

Para que esto se produzca, es vital que el tratamiento antirretroviral sea el adecuado, que el paciente tenga un buen grado de cumplimiento terapéutico y que exista un espacio donde las variables emocionales tan asociadas a esta patología, puedan ser valoradas y tratadas adecuadamente.

4.3. ANÁLISIS DE VARIANZA VARIABLES INDEPENDIENTES

En el análisis de la varianza, describiremos los resultados obtenidos con respecto a las variables de mayor significación psicológica: Ansiedad y Depresión. Dadas las características del presente trabajo, analizaremos la relación entre los niveles de ansiedad/depresión entre las variables:

-  Problemas sexuales
-  Género
-  Preferencia sexual
-  Vía de transmisión.

La distribución de las variables ansiedad y depresión en las distintas fases del ciclo sexual, serán igualmente analizadas, así como la relación de la problemática sexual, con respecto al número de consultas realizadas por los pacientes.

Por otra parte, analizaremos las relaciones existentes entre las variables de ansiedad y depresión, respecto a la existencia de apoyo familiar y al cumplimiento terapéutico.

Al igual que en los apartados anteriores, realizaremos el análisis de estas variables, en relación a los tres grupos de estudio:

- Población total (N= 700).
- Subpoblación DS. Apoyo Psicológico (N = 180).
- Subpoblación DS. Apoyo Picosexual (N = 47).

4.3.1. POBLACIÓN (N= 700)

La distribución de DS en este grupo, se ha calculado mediante el análisis estadístico de frecuencias y porcentajes, dada la característica dicotómica de la variable disfunción sexual. Como se ha comentado anteriormente el total de pacientes de este grupo que refiere algún tipo de disfunción sexual es de 313, lo que supone un 45% del total.

En función a las características de la estructura hospitalaria, de los pacientes y las relativas al tiempo transcurrido, no ha sido posible obtener los valores de todas las variables respecto a todos los sujetos. El número de sujetos que han cumplimentado el cuestionario HAD (ansiedad /depresión) en su fase inicial es de 361 y los que también lo han cumplimentado al final del estudio son 250. Con respecto a los resultados obtenidos son los siguientes.

4.3.1.1. Ansiedad/Depresión y DS:

En primer lugar, hemos realizado la comparación entre las puntuaciones medias de ansiedad y depresión, observando que reflejan índices más elevados en aquellos pacientes que presentan DS, frente a los que no las presentan. El valor medio en ansiedad en pacientes sin DS es 12,25, mientras que en los pacientes con DS es 13. En cuanto a los índices de depresión, el valor medio en pacientes sin DS es 9,71 y 10,33 con DS, tal como se observa en esta tabla:

Ansiedad/Depresión: Disfunción /No Disfunción Sexual (N= 700)

Disfunción Sexual	N	Media	Desv.tip.	Error tip. de la media
Ansiedad No Disfunción	126	12,25	4,240	,378
Ansiedad Sí Disfunción	235	13,00	3,994	,261
Depresión No	126	9,71	4,724	,421
Disfunción	235	10,33	4,271	,279
Depresión Sí Disfunción				

Tabla 42: Ansiedad/Depresión Disfunción/No Disfunción Sexual (N= 700)

Tras estos resultados hemos realizado la prueba t de Student para el análisis de las diferencias, entre los estados emocionales (ansiedad/depresión) en pacientes con disfunciones sexuales y sin ellas, prueba que no arroja resultados significativos ni en ansiedad ni en depresión.

4.3.1.2. Ansiedad/Depresión: Género

En cuanto a la relación de Ansiedad y Depresión con la variable género, también hemos realizado en primer lugar el análisis de valores medios, recogidos en la siguiente tabla:

Ansiedad/Depresión y Género (N= 700)

Género	N	Media	Desv.tip.	Error tip. de la media
Ansiedad (HOMBRES)	248	12,26	4,025	,256
Ansiedad (MUJERES)	113	13,79	4,059	,382
Depresión (HOMBRES)	248	9,93	4,456	,283
Depresión (MUJERES)	113	10,51	4,390	,413

Tabla 43: Ansiedad/Depresión:Género (N= 700)

Las mujeres de este grupo informan índices más altos de ansiedad (13,79) que los hombres (12,26). En depresión, también las mujeres refieren índices más altos (10,51) que los hombres (9,93).

En el análisis posterior entre las puntuaciones medias de ansiedad, en función a la variable género, los resultados de la prueba t de Student son:

$[t = -3.331 (359), \text{siendo } p \leq 0,001] (95\% \text{ intervalo de confianza}).$

La prueba t de Student aplicada a las variables Depresión/Género, no muestra diferencias significativas.

Sobre estos resultados, algunos estudios realizados para valorar niveles de ansiedad y depresión en población VIH, establecen comparaciones entre grupos de distintas razas (Heckman et al., 2000), extracción social (Catz 2002), o preferencia sexual (Sewell et al., 2000), pero no es habitual la comparación de estos índices entre hombres y mujeres dentro del mismo grupo; sin embargo los autores enfatizan los altos niveles de ansiedad y depresión observados en pacientes VIH.

4.3.1.3 Ansiedad/Depresión: Preferencia sexual

Hemos realizado el análisis de la variable ansiedad en función a la preferencia sexual, entre sujetos heterosexuales y sujetos homosexuales.

Los resultados de la prueba t de Student son:

[$t = 2,606$ (336), siendo $p \leq 0,001$] (95% intervalo de confianza).
siendo los pacientes heterosexuales, quienes registran mayores tasas de ansiedad, frente a los pacientes homosexuales..

Igualmente hemos analizado la relación de la variable depresión, en función a las preferencias sexuales, entre sujetos heterosexuales y homosexuales.

Los resultados de la prueba t de Student son:

[$t = 2,131$ (336), siendo $p \leq 0,001$] (95% intervalo de confianza).
siendo los pacientes heterosexuales, quienes registran mayores tasas de depresión, frente a los homosexuales.

4.3.1.4. Ansiedad/Depresión: Vía de Transmisión

Las puntuaciones medias de ansiedad y depresión, en función a la vía transmisión son las descritas en la siguiente tabla:

Vía Transmisión	N	Media	Desv.tip.
Ansiedad (Sexual)	223	12,86	4,162
Ansiedad (Drogas)	135	12,56	4,059
Depresión (Sexual)	223	10,39	3,981
Depresión (Drogas)	135	9,61	4,118

Tabla 44: Ansiedad/Depresión: Vía transmisión (N= 700)

En la transmisión sexual aparecen valores medios de ansiedad (12,86), ligeramente superiores a los registrados en la transmisión por drogas (12,56). Los valores medios de depresión son también algo mas altos (10,39) en la transmisión sexual frente a la transmisión por drogas (9,61).

Tras estos resultados hemos realizado la prueba t de Student para el análisis de las diferencias entre los estados emocionales de ansiedad/ y depresión en pacientes con infección VIH por vía sexual y por tóxicos, prueba que no arroja resultados significativos ni en ansiedad ni en depresión.

4.3.1.5. Ansiedad/Depresión: Apoyo familiar

La prueba t de Student realizada para el análisis de las diferencias de los estados emocionales (Ansiedad/Depresión) entre pacientes que tienen apoyo familiar y pacientes que carecen de él, no muestran diferencias significativas ni en ansiedad ni en depresión.

4.3.1.6. N° de Consultas: Problemas sexuales

Hemos realizado la comparación entre el número de consultas realizadas por los pacientes con DS o sin ellas, para ver si existen diferencias entre ambos grupos. En el análisis entre el número de consultas realizadas por los pacientes con disfunción sexual o sin ella, los resultados de la prueba t de Student son:

$[t = -10,261 (698), \text{siendo } p \leq 0,001]$ (95% intervalo de confianza).
siendo los pacientes con disfunción sexual los que mas demandas de atención y apoyo psicológico han realizado.

4.3.1.7. N° de Consultas: Vía de transmisión

Hemos realizado la comparación entre el número de consultas realizadas por los pacientes con infección VIH por vía sexual y por vía drogas, para ver si existen diferencias entre ambos grupos. En este análisis los resultados de la prueba t de Student son:

$[t = -5,399 (690), \text{siendo } p \leq 0,001]$ (95% intervalo de confianza).
siendo los pacientes con infección VIH por vía sexual quienes mayor número de consultas realizan habitualmente.

4.3.1.8. Nivel de cumplimiento: Disfunción sexual

La prueba t de Student realizada para el análisis de las diferencias, entre los niveles de cumplimiento autoinformados por los pacientes y la presencia de disfunción sexual o no, no muestra resultados significativos.

4.3.1.9. Nivel de cumplimiento: Género

En el análisis de medias realizado previamente se observan valores medios de cumplimiento muy similares entre hombres (7,17) y Mujeres (7,01).

La prueba t de Student realizada para el análisis de las diferencias, entre los niveles de cumplimiento autoinformados por los pacientes en función al género (Hombres/Mujeres), no muestra resultados significativos entre unos y otros.

4.3.1.10. Nivel de cumplimiento: Vía transmisión

Hemos realizado la comparación entre los niveles de cumplimiento en pacientes con infección por vía drogas y por vía sexual para ver si existen diferencias entre estos grupos. En este análisis, los resultados de la prueba t de Student son:

[t= 6,510 (430), siendo $p \leq 0,001$] (95% intervalo de confianza).

En este caso son los pacientes con infección VIH por vía tóxicos quienes registran menores tasas de cumplimiento terapéutico. El tema del cumplimiento terapéutico en el VIH, ha sido muy estudiado, ya que por una parte los tratamientos son necesarios para la supervivencia de los pacientes y por contra diversos factores, entre los que se cuentan los efectos adversos, dificultan su adecuada cumplimentación. (Murphy et al., 2004).

4.3.1.11. Nivel de cumplimiento: Apoyo Familiar

En el análisis realizado entre los niveles de cumplimiento autoinformados en pacientes que poseen apoyo familiar y pacientes que carecen de él, los resultados de la prueba t de Student son:

$[t = -2,083 (435), \text{siendo } p \leq 0,001] (95\% \text{ intervalo de confianza}).$

Los pacientes con apoyo familiar, informan mayores niveles de cumplimiento, frente a los que carecen de apoyo familiar. En el análisis de medias realizado previamente, se observa diferencia en los valores medios del nivel de cumplimiento: 6,92, cuando no existe apoyo y 7,20 cuando si que hay.

Sobre este tema, existen trabajos que tratan de analizar las relaciones interpersonales de los pacientes VIH, las repercusiones de la enfermedad en sus allegados (Pomeroy, Green, Van Laningham, 2002), la sobrecarga que supone para los equipos médicos atender adecuadamente a estos pacientes (Lert et al., 2002) y los indudables beneficios que los pacientes que cuentan con apoyo obtienen a corto, medio y largo plazo. En estas investigaciones, se describe el rol de la mujer como cuidadora clásica de sus familiares VIH. En este sentido en el informe de ONUSIDA, (ONUSIDA 2004) cuyos datos incluimos en la introducción de este estudio, dedica un apartado a enfatizar el papel de la mujer como cuidadora y por tanto su doble implicación cuando ella misma está afectada por el virus. En nuestros datos hemos encontrado este mismo tipo de correlación en todos los grupos a estudio

Tras la realización de estos análisis, hemos aplicado en este grupo la prueba ANOVA de un factor, para analizar las diferencias de medias entre las variables Ansiedad, Depresión, Consultas realizadas y Nivel de cumplimiento en relación a las fases del ciclo sexual. Tras la aplicación de esta prueba, hemos obtenidos las siguientes diferencias significativas:

Ansiedad en relación a las fases del ciclo sexual ($p = 0,31$)
siendo: $[f = 3,003 (gl3)]$

Nivel de cumplimiento en relación a las fases del ciclo ($p = 0,34$)
Siendo $[f = 3,208 (gl3)]$

La variable depresión no ofrece diferencias significativas.
 La variable nº consultas, no ofrece diferencias significativas.

Finalmente hemos realizado los análisis Post Hoc, para analizar la distribución de las variables Ansiedad, Depresión, Consultas y Cumplimiento, en su posible relación en alguna de las fases del ciclo sexual. En este caso y tras aplicar la prueba Scheffé, solo resulta significativamente estadística la variable Cumplimiento con estos resultados:

Prueba de Scheffé:

Cumplimiento ($p = 0,029$) entre las fases 2 (Excitación) y 3 (Orgasmo). En la aplicación de esta misma prueba, resulta marginalmente significativa ($p = 0,09$), la relación entre la fase 2 (Excitación) y la 4 (Resolutiva), en relación a la variable ansiedad.

Resumen descriptivo de este grupo: Los hombres sufren más problemas en la Fase II (Excitación) y las mujeres en la Fase I (Deseo). La diferencia entre hombres y de mujeres se observa en la Fase III (Orgasmo), aquí los varones incluidos presentan dificultades, mientras que las mujeres, no refieren problemas. La fase IV (Resolución), muestra índices más bajos (mujeres) y más altos (hombres) como se observa en la siguiente figura:

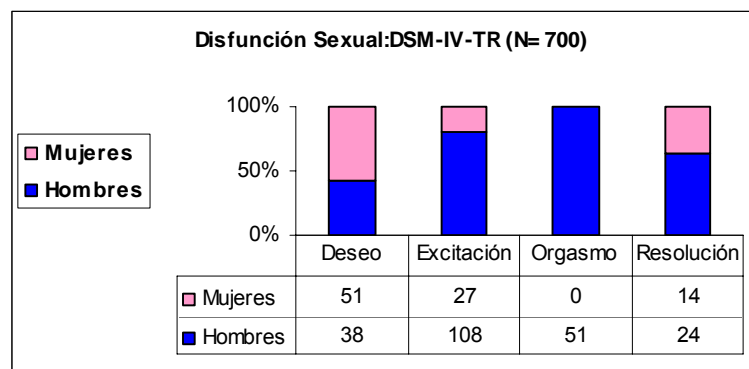


Figura 20: Distribución disfunciones: Fases ciclo sexual y Género (N= 700)

Los resultados son coherentes para este grupo, donde predomina en los hombres la disfunción eréctil secundaria. También para el grupo de mujeres que refieren básicamente pérdida de deseo.

4.3.2. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOLÓGICO (N =180)

En este grupo al igual que en el anterior, hemos procedido al análisis de las varianzas con los siguientes resultados:

4.3.2.1. Ansiedad/Depresión: Género

En cuanto a la relación de ansiedad y depresión con la variable género, hemos realizado en primer lugar el análisis de valores medios, que han sido recogidos en la siguiente tabla:

Ansiedad/Depresión, DS: Género (N= 180)

Género	N	Media	Desv.tip.	Error tip. de la media
Ansiedad (HOMBRES)	125	13,72	3,435	,307
Ansiedad (MUJERES)	55	14,69	3,371	,455
Depresión (HOMBRES)	125	10,95	4,244	,380
Depresión (MUJERES)	55	11,25	3,893	,525

Tabla 45: Ansiedad/Depresión y Género (N= 180)

Las mujeres de este grupo informan índices medios más altos de ansiedad (14,69), que los hombres (13,72). Con respecto a la variable depresión, también las mujeres, obtienen valores medios más altos (11,25) que los hombres (10,95). Resulta significativo que en este grupo de pacientes donde el 100% de los sujetos, presenta algún tipo de DS, los índices de ansiedad y de depresión son algo más elevados que en el grupo anterior, donde la incidencia de disfunciones se cifraba en el 45% del total. Estos resultados son coherentes con los trabajos existentes que valoran índices de ansiedad y depresión en población VIH y que siempre concluyen que son superiores a los obtenidos en población convencional (Catz et al., 2002) y cuando hay problemática sexual asociada (Mills, 2004).

Tras estos resultados hemos realizado la prueba t de Student para el análisis de las diferencias, entre los estados emocionales (ansiedad/depresión), en función a la variable género, prueba que no arroja resultados significativos ni en ansiedad ni en depresión.

4.3.2.2. Ansiedad/Depresión: Preferencia Sexual

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.2.3. Ansiedad/Depresión: Vía de Transmisión

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.2.4. Ansiedad/Depresión: Apoyo Familiar

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.2.5. N° de Consultas: Vía de Transmisión

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.2.6. Nivel de cumplimiento: Género

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

En el análisis previo de valores medios en cumplimiento registrados en hombres y mujeres, las cifras obtenidas son muy similares (Hombres 7,07), (Mujeres 7,16).

El tema del cumplimiento en el VIH, ha sido muy estudiado y sigue siendo motivo de preocupación, ya que los tratamientos son necesarios para la supervivencia de los pacientes (Bartlett et al., 2001) pero diversos factores, dificultan su adecuada cumplimentación (Tuldrá y Wu, 2004).

4.3.2.7. Nivel de cumplimiento: Vía de Transmisión

En este grupo, hemos realizado la comparación entre el nivel de cumplimiento en pacientes con infección VIH por vía sexual y por vía drogas, a fin de valorar si existen diferencias entre los grupos. La prueba t de Student realizada, ofrece los siguientes resultados:

$[t= 3,761(124), \text{ siendo } p \leq 0,001]$ (95% intervalo de confianza).

siendo los pacientes con infección por vía sexual mas cumplidores que los pacientes con infección VIH por vía drogas.

4.3.2.8. Nivel de cumplimiento: Apoyo Familiar

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

En el análisis previo de valores medios de cumplimiento con apoyo familiar y sin él, las cifras obtenidas en este grupo son muy similares: 7 cuando no existe apoyo y 7,12 cuando si lo hay. Los estudios realizados al respecto, coinciden sobre la importancia del apoyo familiar para el mejor manejo de la enfermedad y la implementación de pautas de autocuidados, así como para el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Pomeroy et al., 2002)

Tras estos análisis, hemos realizado para este grupo la prueba ANOVA de un factor, para analizar las diferencias de medias entre las variables Ansiedad, Depresión, Consultas realizadas y Nivel de cumplimiento en relación a las fases del ciclo sexual. Tras la aplicación de esta prueba, hemos obtenidos una diferencia significativa:

Ansiedad relación fase II (Excitación) del ciclo sexual ($p = 0.12$)
siendo: $[f = 3,798 \text{ (gl3)}]$

La variable depresión no ofrece diferencias significativas.

La variable nº Consultas, no ofrece diferencias significativas.

La variable Cumplimiento, no ofrece diferencias significativas

Posteriormente hemos realizado los análisis Post Hoc, aplicando la prueba de Scheffé, la cual no ofrece ninguna diferencia significativa entre las medias de las variables.

Resumen descriptivo de este grupo: Los hombres sufren más problemas en la Fase II (Excitación) y las mujeres en la Fase I (Deseo). La diferencia entre hombres y mujeres se observa en la Fase III (Orgasmo), aquí los varones incluidos presentan dificultades, mientras que las mujeres no refieren problemas. La fase IV (Resolución), muestra índices más altos en hombres y más bajos en mujeres como se observa en la siguiente figura:

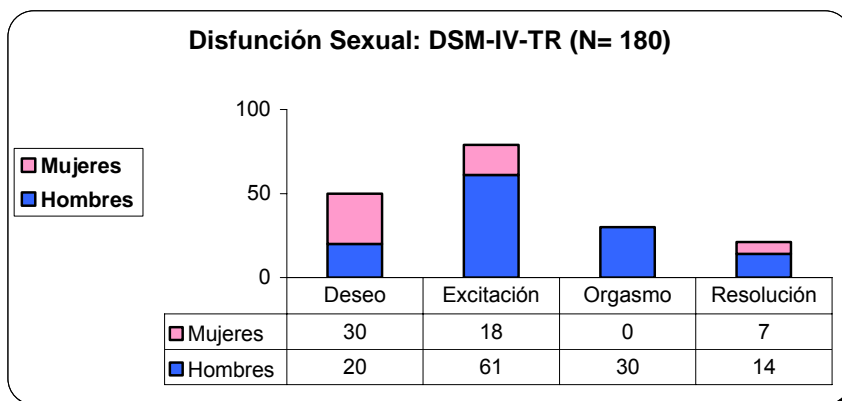


Figura 21: Distribución disfunciones: Fases ciclo sexual y Género (N= 180)

Los resultados son los esperados en este grupo de pacientes con predominio de varones con disfunción eréctil secundaria y de mujeres que mayoritariamente refieren pérdida de deseo sexual.

4.3.3. DISFUNCIÓN SEXUAL APOYO PSICOSEXUAL (N = 47)

4.3.3.1. Ansiedad/Depresión: Género

En primer lugar hemos procedido al análisis de valores medios de ansiedad y depresión en función al género (Hombres/Mujeres) con los datos que se observan en la siguiente tabla:

Ansiedad/Depresión: Género (N= 47)				
Género	N	Media	Desv.tip.	Error tip. de la media
Ansiedad (HOMBRES)	36	12,28	3,925	,654
Ansiedad (MUJERES)	11	11,82	3,710	1,119
Depresión (HOMBRES)	36	8,67	4,757	,793
Depresión (MUJERES)	11	9,36	2,157	,650

Tabla 46: Ansiedad/Depresión: Género

Las mujeres de este grupo informan de índices medios más bajos de ansiedad (11,82) que los hombres (12,28). Sin embargo, con respecto a la variable depresión, las mujeres obtienen valores medios más altos (9,36), frente a los hombres (8,67).

Tras estos resultados hemos realizado la prueba t de Student para el análisis de las diferencias entre los estados emocionales (ansiedad/depresión) en función a la variable género, prueba que no arroja resultados significativos ni en ansiedad ni en depresión.

4.3.3.2. Ansiedad/Depresión: Preferencia Sexual

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.3. Ansiedad/Depresión: Vía de Transmisión

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.4. Ansiedad/Depresión: Apoyo Familiar

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.5. N° de Consultas: Vía de Transmisión

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.6. Nivel de cumplimiento: Género

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.7. Nivel de cumplimiento: Vía de Transmisión

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

4.3.3.8. Nivel de cumplimiento: Apoyo Familiar

La prueba t de Student aplicada para el análisis de estas variables, no ofrece diferencias significativas.

En este grupo donde se ha realizado apoyo psicosexual, hemos analizado además de las anteriores, otras variables específicas evaluadas en estos pacientes a estudio.

4.3.3.9. Satisfacción sexual Inicial: Vía de transmisión

Hemos tratado de valorar si existe diferencia en el nivel de satisfacción sexual de los sujetos, en función a las distintas vías de transmisión del VIH. Los resultados de la prueba t de Student para estas variables son:

[t= 2,149 (24), siendo $p \leq 0,001$] (95% intervalo de confianza).

siendo la vía de transmisión por tóxicos la que registra índices más bajos de satisfacción sexual inicial, como se recoge en la siguiente tabla:

Vía Transmisión		Satisf.Sexual Inicial	Satisf. Sexual Final
Sexual	Media	4,64	6,13
	N	39	39
	Desv. típ.	1,112	1,080
Drogas	Media	3,57	5,57
	N	7	7
	Desv. típ.	1,718	1,718
Otros	Media	3,00	5,00
	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
Total	Media	4,45	6,02
	N	47	47
	Desv. típ.	1,265	1,189

Tabla 47: Satisfacción Inicial/Final: Vía Transmisión

4.3.3.10. Satisfacción sexual Final: Preferencia Sexual

También hemos realizado el análisis de las diferencias entre el grado de satisfacción sexual final en función a las preferencias sexuales entre pacientes heterosexuales y pacientes bisexuales, para tratar de ver si existe diferencias entre estos grupos. Los resultados para esta prueba son:

$[t = -2,755 \text{ (24), siendo } p \leq 0,001] \text{ (95\% intervalo de confianza).}$

Hemos realizado el análisis de las diferencias entre el grado de satisfacción sexual final en función a las preferencias sexuales entre pacientes heterosexuales y pacientes homosexuales, sin encontrar diferencias significativas. También hemos realizado el análisis de las diferencias entre el grado de satisfacción sexual final en función a las preferencias sexuales entre sujetos bisexuales y sujetos homosexuales. Los resultados para esta prueba son:

$[t = 2,671 \text{ (23), siendo } p \leq 0,001] \text{ (95\% intervalo de confianza).}$

Hemos procedido al análisis de medias en cuanto a los índices de ajuste sexual inicial y final, según se observa en la siguiente tabla:

Preferencia Sexual		Satisf. Sexual Inicial	Satisf. Sexual Final
Heterosexual	Media	4,32	5,82
	N	22	22
	Desv. típ.	1,249	1,181
Bisexual	Media	5,00	7,50
	N	4	4
	Desv. típ.	,816	,577
Homosexual	Media	4,48	5,95
	N	21	21
	Desv. típ.	1,365	1,117
Total	Media	4,45	6,02
	N	47	47
	Desv. típ.	1,265	1,189

Tabla 48: Satisfacción sexual final: Preferencia Sexual

siendo los pacientes heterosexuales quienes refieren índices más bajos de satisfacción sexual (4,32), seguidos de los pacientes homosexuales (4,48) y de los pacientes bisexuales (5), que son quienes refieren índices mas satisfactorios. Tras la intervención psicosexual llevada a cabo con este grupo, se mantienen estas diferencias entre las distintas opciones sexuales, aunque con aumento del grado de satisfacción en todos los grupos.

4.3.3.11. Satisfacción Sexual Inicial: Satisfacción Sexual Final

Finalmente hemos procedido al análisis de diferencias entre los niveles de Satisfacción sexual iniciales de este grupo y los niveles de Satisfacción sexual finales: La prueba t de Student para estas variables, no ofrece ninguna diferencia significativa.

Posteriormente hemos realizado para este grupo la prueba **ANOVA** de un factor, para analizar las diferencias de medias entre las variables Ansiedad, Depresión, Consultas realizadas Nivel de cumplimiento, Satisfacción Sexual Inicial y Satisfacción Sexual Final. Tras la aplicación de esta prueba, no se ha obtenido ninguna diferencia significativa. Los análisis **Post Hoc** realizados, mediante la prueba de Scheffé son igualmente negativos en sus resultados.

Resumen descriptivo de este grupo. Los hombres sufren más problemas en la Fase II (Excitación) y las mujeres en la Fase I (Deseo). La diferencia entre hombres y de mujeres se observa en la Fase III (Orgasmo), aquí los varones incluidos presentan dificultades, mientras que las mujeres, no refieren problemas. La fase IV (Resolución), muestra índices más altos (hombres) y más bajos (mujeres) como se observa en la siguiente figura:

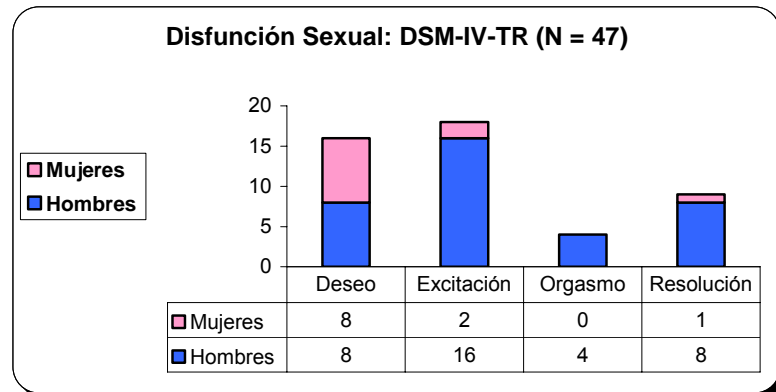


Figura 22: Distribución disfunciones: Fases ciclo sexual y Género (N= 47)

Los resultados son lógicos en este grupo de pacientes con predominio de varones con disfunción eréctil secundaria. Por otra parte el reducido número de sujetos incluidos en este grupo y la especificidad de las variables analizadas, requieren de posteriores análisis.

V. DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En relación a nuestra primera hipótesis, cuyo enunciado es:

Las disfunciones sexuales, estarán relacionadas con los tratamientos antirretrovirales y de forma más específica con los Inhibidores de la Proteasa (IPs).

Según datos obtenidos en nuestro estudio, algunos Inhibidores de la Proteasa (IPs), (Indinavir y Ritonavir) muestran correlación estadísticamente significativa ($p = \leq 0.01$) con la presencia de DS, en los pacientes que han seguido tratamientos que los incluyen. Dado que la variable asociada al uso de los fármacos es dicotómica, se ha valorado mediante el análisis de frecuencias y porcentajes.

En las tablas de tratamientos (Anexo IV), se puede observar que la incidencia de DS, afecta a un 45% del total de los pacientes. Estos porcentajes son muy similares a los obtenidos por Catalan y Meadows en un estudio del año 2000, realizado en Londres y dirigido al estudio de la DS en varones VIH homosexuales.

Su investigación de tipo descriptivo, advierte ya entonces, sobre la emergencia de las DS en pacientes VIH en tratamientos con IPs, estimando en un 44% los pacientes de estas características afectados por DS, sin embargo el tamaño muestral es reducido ($N = 34$), lo cual junto con la selección de pacientes por su preferencia sexual, no permite establecer comparaciones con nuestros datos; En nuestro trabajo, los datos obtenidos corresponden a población VIH convencional y el número de sujetos incluidos es ($N = 700$), lo que posibilita el estudio de mayor número de variables.

En este sentido, el estudio realizado por Schrooten et al. (2001), incluye un mayor número de sujetos como en nuestra investigación y así mismo está dirigido a pacientes VIH en general. Este trabajo publicado en AIDS, es el resultado de una investigación llevada a cabo en 10 países europeos y que aborda la problemática de las DS, en relación con los tratamientos antirretrovirales que incluyen IPs.

Al igual que el estudio anterior, sus datos indican que un 40% de los pacientes incluidos en el estudio (308 de un total de 766), presentaban disfunciones sexuales. Los autores compararon grupos de pacientes sin

tratamientos (naïve) con otros que llevaban terapias con IPs, concluyendo que el segundo grupo mostraba un mayor índice de DS que los primeros.

Otros aspectos que destacan los autores en sus conclusiones es que factores como la edad y la evolución de los sujetos, la historia previa de tratamientos antirretrovirales y los fármacos antidepresivos, pueden estar relacionados con la DS. En nuestro estudio, la variable edad no muestra correlación con la DS al realizar el análisis estadístico y además hemos descartado la inclusión de pacientes con patología psiquiátrica. Pese a estas diferencias, aspectos como el tamaño muestral, la inclusión de hombres y mujeres VIH, la relación establecida entre DS e IPs y los porcentajes de DS resultantes, son muy similares a los obtenidos en nuestra investigación.

Es evidente que nuestro estudio trata de valorar la problemática sexual subyacente en VIH y su relación con los tratamientos antirretrovirales pero siempre contemplando a los pacientes dentro de un contexto global: *biológico, psicológico y social*. En este sentido hemos registrado los índices de ansiedad y depresión en los pacientes incluidos, mediante el pase del cuestionario HAD (Zigmond y Snaith 1983); Pese a la reconocida importancia de los aspectos emocionales, estas variables no suelen estar presentes en la mayoría de los estudios existentes, primando los aspectos médicos y/o farmacológicos. En este sentido, el estudio realizado por Schrooten et al. (2001), incluye un mayor número de sujetos como en nuestra investigación y así mismo está dirigido a pacientes VIH en general. Este trabajo publicado en AIDS, es el resultado de una investigación llevada a cabo en 10 países europeos y que aborda la problemática de las DS, en relación con los tratamientos antirretrovirales que incluyen IPs.

Al igual que el estudio anterior, sus datos indican que un 40% de los pacientes incluidos en el estudio (308 de un total de 766), presentaban disfunciones sexuales. Los autores compararon grupos de pacientes sin tratamientos (naïve) con otros que llevaban terapias con IPs, concluyendo que el segundo grupo mostraba un mayor índice de DS que los primeros.

Este es un dato interesante ya que hay que considerar que no todos los pacientes con DS están tratados con IPs y que como se ha descrito los IPs, se administran conjuntamente con dos fármacos de otra familia (ITAN), que porcentualmente han sido los más utilizados en los tratamientos para el VIH en los años anteriores. En la mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio predomina esta combinación (1 IP + 2 ITAN). (Anexo IV).

Por otra parte la percepción del problema es un dato importante respecto a las atribuciones realizadas por los pacientes sobre su origen. Por nuestra parte hemos registrado variables sobre el inicio de la disfunción y las atribuciones que realiza el paciente sobre su origen, siguiendo los criterios generales del DSM-IV-TR (2002).

Un aspecto muy importante de nuestra investigación sobre el que queremos incidir, es el desafortunado protagonismo de la mujer, respecto a la infección por VIH, al incrementarse sensiblemente los porcentajes de mujeres infectadas. Estas mujeres, al igual que los varones, van reivindicando su problemática sexual como la pérdida de deseo, o problemas relacionados con la excitación. La distribución de DS observada en función al género de este grupo es la siguiente:

-(71% Hombres y 29% Mujeres)-

Esta cifra alerta sobre la emergencia de problemática sexual en mujeres VIH, aspecto este, muy poco estudiado hasta la fecha. En este sentido es interesante la aportación de Florence et al. (2004), que centran su investigación en las DS referidas por mujeres VIH (166 incluidas y participantes el 77%), reclutadas en distintos hospitales también europeos. Los autores, utilizan como instrumento de medida el Índice de Función Sexual Femenino (FSFI) (Rosen et al., 2000), para la recogida de estos datos. Lo significativo de este estudio, además de estar dirigido a mujeres, es que a diferencia de los estudios anteriores, los resultados no apuntan ni a los IPs ni a los tratamientos en general como causantes de las DS, sino a la problemática psicológica de las participantes; así estos autores evaluaron aspectos emocionales : Ansiedad, ira, hostilidad, como variables dependientes de la DS, por lo que concluyen que los factores psicológicos deben ser bien analizados antes de proceder al diagnóstico de la DS, ya que en los autoinformes las pacientes atribuyen al momento del diagnóstico y no al hecho de medicarse, el comienzo de su inhibición sexual y problemática asociada.

Dada la relevancia de estas variables, en nuestro estudio hemos recogido los antecedentes psicológicos, psiquiátricos y principal preocupación psicológica en todos aquellos pacientes con DS que ha sido posible, observando que estas variables correlacionan significativamente con la DS ($p = \leq 0.01$).

Por otra parte, hay que considerar la importancia que en los últimos años se está prestando a la problemática sexual en población convencional. En general, las aproximaciones al estudio de las DS mas abundantes, están dirigidas básicamente a varones, desde el punto de vista de diversas patologías asociadas: *cardiovasculares e hipertensión* (Thompson et al., 2005) *diabetes* (Kleinclauss et al., 2005) o *renales* (Yaman et al., 2006), dando

lugar a la publicación de estudios con un número muy alto de pacientes incluidos y que contemplan básicamente parámetros médicos. Estas aportaciones tienen en común la descripción del historial médico y tratamientos concomitantes, así como la utilización casi generalizada del (IIFE) para valorar las DS. En estos trabajos, se sugiere, ocasionalmente valoración psicológica de los pacientes. Así pese a ser una línea de investigación todavía no extendida en el enfoque médico, algunos autores sugieren la necesidad de valorar los aspectos psicológicos de los pacientes, junto con los parámetros biológicos habituales (Collazos 2005). Este trabajo publicado recientemente en la guía de recomendaciones del Plan Nacional el Sida, aborda las DS de los pacientes VIH. En él, el autor recoge la incidencia de problemática sexual y su relación con el sistema hormonal, concluyendo que se observa mayor grado de DS en pacientes que han tomado tratamientos antirretrovirales, frente a los que no los han recibido. Igualmente describe los porcentajes de DS, observados según los distintos fármacos y/o combinaciones con IPs, ITAN o ITNA, siendo estos algo inferiores a las cifras obtenidas en nuestro trabajo. Al no encontrar el autor alteraciones significativas en el sistema hormonal de los pacientes con DS, sugiere que factores de tipo psicógeno, deben ser valorados por un psicólogo.

De esta forma y a la luz de los trabajos descritos en relación con las DS observadas en pacientes VIH, las distintas teorías apuntan a los IPs, a los tratamientos antirretrovirales, al hecho de comenzar a medicarse e inclusive al hecho de recibir el diagnóstico de VIH, como potenciales causantes de las mismas.

En nuestro estudio hemos observado:

Correlación significativa entre la DS y algunos IPs ($p = \leq 0.01$) y otros aspectos psicológicos y sociales relativos a los pacientes VIH, que describiremos seguidamente.

Tras la investigación realizada, incidimos en la complejidad de la problemática sexual ya que en ella intervienen múltiples factores. De esta forma aspectos biológicos, psicológicos y sociales deben ser contemplados de forma conjunta.

En relación a nuestra segunda hipótesis, cuyo enunciado es:

Las disfunciones sexuales observadas en los pacientes, se distribuirán en las distintas fases del ciclo sexual: Deseo, Excitación, Orgasmo y Resolución

Hemos recogido las principales preocupaciones de los pacientes en el área de la sexualidad y hemos tratado de categorizarlas en función a las clasificaciones existentes establecidas por el DSM-IV-TR. De acuerdo con esta filosofía de trabajo, nuestros resultados indican que la mayor incidencia de las DS, corresponden a las fases: Deseo (cercano al 30%) y Excitación/Erección (cercano al 40%), mientras el resto se distribuye entre la fase orgásmica (15%) y resolutive (10%). Nuestras cifras son inferiores en cuanto a la pérdida del deseo sexual a las obtenidas por Cove y Petrak (2004), en un estudio realizado en Londres para valorar la incidencia de DS en varones VIH homosexuales. Según estos autores la pérdida del deseo sexual alcanza un 41% (cifra algo superior a nuestros datos). Sin embargo en lo que respecta a la fase de excitación/erección, refieren un 38%, que puede llegar hasta el 50%, cuando hay que introducir cambios en las prácticas sexuales (uso del preservativo). De hecho cifran en esta circunstancia parte del origen de la problemática.

Dada la importancia de estos factores tan relacionados con aspectos psicológicos y actitudinales, hemos recabado información sobre las atribuciones que los pacientes realizan sobre el agente causal de las DS en un grupo reducido de pacientes (N= 47). Esta información ha sido recogida mediante preguntas abiertas con alternativas, de acuerdo con ello, las respuestas más habituales que hemos obtenido son:

El VIH, los tratamientos y cambios en las prácticas sexuales como agentes causales que los pacientes relacionan con la aparición de las DS.

Además de estos ítems específicos, todos los pacientes de este grupo y de otro mayor (N=180) compuesto por hombres y mujeres VIH con DS, han cumplimentado el cuestionario HAD al principio y al final de nuestro estudio a fin de poder contrastar los índices de ansiedad y depresión iniciales y finales. Por su parte Cove y Petrak, no analizan otras fases del ciclo sexual, pero al igual que en nuestro estudio, utilizan el HAD, para valorar estados emocionales de los pacientes, concluyendo que la problemática sexual previa, asociada a la homosexualidad podría estar manteniendo y amentando las DS observadas en su estudio. Porcentajes similares a los de estos autores, se describen en el estudio de Schrooten et al. (2001), quienes cifran en un 40% la pérdida de deseo sexual en sus pacientes (N= 904) hombres y mujeres con infección VIH. Esta cifra es algo superior a las obtenidas en esta investigación pero, por otra parte, los porcentajes relativos a la fase excitación/erección, son similares a los nuestros (34%). Tampoco estos autores, describen la

incidencia de disfunciones asociadas a las otras dos fases del ciclo sexual. Cercano a este planteamiento, el estudio de Lallemand et al. (2004), registra distintas disfunciones sexuales de sus pacientes (varones homosexuales), utilizando el IIFE para valorar la problemática sexual. Sus cifras refieren deseo inhibido en cifras de hasta un 89%, de la función orgásmica del 68% y de la pérdida de erección en hombres en un 59% de los casos.

Las mujeres VIH, constituyen *per se* un importante grupo y de forma especial en nuestro trabajo, del que suponen un 35% del total y un 30% en cuanto a la presencia de DS. Según nuestros datos, existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la distribución de las DS, según las distintas fases del ciclo sexual:

Deseo (17% hombres - 56% mujeres).
Excitación/Erección (49% hombres -29% mujeres).
Orgasmo (23% hombres /sin incidencia en mujeres).
Resolución (11% hombres -15% mujeres).

Resulta significativo que las mujeres de nuestros grupos, no refieran problemas en la fase orgásmica, frente a un 23% de hombres que señalan esa fase del ciclo como la más problemática, sin embargo experimentan altos porcentajes de pérdida de deseo (56%), porcentaje muy superior al de los hombres en esa fase (17%) y de dificultades de excitación (29%), sin que hayamos incidido en este aspecto puntual. En el Anexo V, se incluyen las tablas de contingencia con las frecuencias absolutas y relativas por fases del ciclo y en función al género en los tres grupos de estudio. Por otra parte, resulta complicado contrastar estos resultados con otras investigaciones ya que como se ha descrito previamente, la mayoría de trabajos epidemiológicos se han dirigido a población convencional, desde el punto de vista de otras patologías en varones: *diabéticos, prostáticos, dislipémicos, cardíopatas, hipertensos o depresivos* (Martín, 1999). En estos estudios, se describen los porcentajes de DS, siendo la finalidad la valoración de tratamientos para mejorar la disfunción (Oyágüez et al., 2001) o bien se dan pautas generales de intervención para su tratamiento (Campillos et al., 2003).

La DS en mujeres está menos estudiada (Meston et al., 2004). Este trabajo se dirigió a población femenina americana convencional, sin patologías específicas siendo (N= 1794). Se recogieron datos a lo largo de dos años. Los autores concluyen que un 24% de estas mujeres tienen dificultades en la fase orgásmica, pese a tener un nivel previo aceptable de excitación, sugiriendo la terapia cognitiva y la desensibilización sistemática para conseguir la mejora de esta dificultad, frente al uso de fármacos.

En VIH, la referencia más reciente es el estudio realizado por Lambert, Keegan y Petrak (2005), al objeto de evaluar el tipo de respuesta sexual y el índice de satisfacción observado en mujeres VIH. El número de pacientes incluidas fue 82, las cuales completaron cuestionarios demográficos, de actividad sexual (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfacción) –GRISS- (Rust y Golombok, 1985) y también el HAD para valorar ansiedad/depresión.

No todas las mujeres tenían compañeros estables, las que tenían compañeros estables (60%), indicaban no haber mantenido relaciones al menos desde hacía un mes, mientras que en los otros casos, al menos un 30%, no había tenido relaciones desde el diagnóstico de VIH. En nuestro estudio predominan las mujeres con familia o pareja, siendo esta inhibición bastante habitual entre ellas.

Otro factor que hemos incluido en nuestra investigación, es el tiempo que llevan los pacientes diagnosticados de VIH, así como el tiempo que llevan en tratamiento antirretroviral, ambos medidos en meses, por su potencial relación con la presencia de DS; sin embargo ninguna de estas dos variables correlaciona positivamente con las alteraciones sexuales. Lambert, Keegan y Petrak (2005) por su parte, registran también la variable tiempo del diagnóstico VIH (que en su estudio oscila entre 69-191 meses), sin encontrar correlación con la DS, aunque el diagnóstico en si, era percibido como asociado respecto a la actividad sexual posterior.

En nuestro caso, hemos formulado preguntas a un grupo (N= 47) de pacientes (hombres y mujeres), sobre su percepción del origen del problema, obteniendo entre otras respuestas: *el diagnóstico del VIH, los tratamientos y los cambios a implementar en las prácticas sexuales* (prácticas distintas, uso del preservativo). Así la inhibición sexual, la abstinencia y el disconfort emocional y sexual son las actitudes resultantes. Nuestros resultados respecto al grupo de mujeres, es bastante similar al obtenido en la investigación de referencia ya que ellos refieren una pérdida de deseo en las mujeres incluidas en su estudio de un 60%.

Como hemos comentado hemos valorado las alteraciones emocionales de los pacientes asociadas a las DS, observando niveles clínicamente significativos de ansiedad en el 73% y de depresión del 45% tras la cumplimentación del cuestionario HAD a hombres y mujeres. Con el mismo instrumento de medida, estos autores refieren puntuaciones clínicamente significativas de ansiedad (60%) y de depresión (38%) en las mujeres de su estudio, algo inferiores a nuestros datos, con repercusiones en la abstinencia sexual la inhibición y el disconfort psicológico y sexual.

En nuestro estudio observamos que las DS se distribuyen en las distintas fases del ciclo sexual, si bien afectan de forma distinta a los hombres y a las mujeres.

En relación a nuestra tercera hipótesis, cuyo enunciado es:
Las alteraciones sexuales estarán relacionadas con los niveles de Ansiedad y Depresión observados en los pacientes.

Nuestros resultados indican que los pacientes VIH incluidos en el estudio, presentan índices altos en los valores medios de ansiedad y depresión en los tres grupos de estudio; de hecho son clínicamente significativos tanto los valores medios de ansiedad (>10) como los de depresión (>10), obtenidos mediante la cumplimentación del cuestionario HAD. Igualmente hemos contrastado que la presencia de estos índices en pacientes VIH, está descrita en distintas investigaciones; En este sentido, los trabajos dirigidos a valorar las alteraciones emocionales de los pacientes VIH, coinciden en enfatizar la mayor presencia de estados de ansiedad y depresión, en sujetos VIH, en comparación a los mismos indicadores obtenidos en población convencional. (Sikkema et al. 2003), por lo que nuestros resultados son coherentes con ello; Varían ocasionalmente los porcentajes de ansiedad y/o depresión, según los distintos estudios realizados pero hay cierta unanimidad en considerar la incidencia de alteraciones emocionales de estos pacientes. Así en el estudio de Cohen et al. (2002), los autores encontraron altos índices de ansiedad y depresión en los 101 pacientes de su estudio, reclutados en una Unidad de enfermedades Infecciosas.

Los niveles de ansiedad/depresión, también fueron evaluados mediante el cuestionario HAD y los resultados obtenidos, mostraron que un 70% de los sujetos, presentaba valores clínicos en ansiedad y un 45% en depresión. Nuestros datos, revelan que un 73% de pacientes presenta puntuaciones clínicas de ansiedad (>10) y un 45% presenta esta misma característica en depresión, en el grupo de estudio (N= 700), por lo que todavía encontramos niveles algo superiores. Respecto a las variables asociadas a la presencia de estas alteraciones han sido descritas a lo largo de esta investigación:

Estereotipos (Herek y Glunt 1988, 1991).

Impacto del diagnóstico (Olley et al., 2003, 2004).

Tratamientos y efectos adversos (Collazos, 2005).

Respecto a la incidencia de alteraciones sexuales, nuestros datos indican que existe correlación positiva con la presencia de problemática psicológica:

Problemas Psicológicos y Problemas Sexuales ($r = 0.21$ y $p \leq 0.01$)

En relación a los niveles de ansiedad y depresión, se observan índices todavía más altos en los valores medios de estas variables en los pacientes que presentan DS, frente a los que no las presentan. En el grupo de pacientes con DS (N= 180), los valores medios de ansiedad y depresión son clínicamente significativos (>10) en ansiedad (84%) y en depresión (52%), valores todavía mas altos que los descritos anteriormente por lo que, si que existe relación entre la presencia de DS y los niveles de ansiedad y depresión. Es muy significativo que en este grupo el sentimiento de culpa constituya la principal preocupación psicológica en un 35% de los casos.

También los estudios realizados en población convencional, subrayan la presencia de alteraciones emocionales asociadas a las DS, por las implicaciones que la conducta sexual humana comporta (Master y Jonson, 1966), justificando parte de estas patologías los mensajes culturales sobre los estereotipados objetivos a alcanzar en las relaciones sexuales. De hecho van siendo más habituales los trabajos sobre problemática sexual, así como el diseño de instrumentos de medida adecuados para su valoración en trastornos específicos. (Taylor, Rosen, Leiblum, 1994), (O'Leary, 1995). En este sentido diversos trabajos han analizado las alteraciones emocionales en relación a las DS (Nicolosi y Moreira 2004). Estos autores realizaron una revisión sobre la disfunción eréctil registrada en varones entre 40-70 años de edad de Brasil, Italia, Japón y Malasia, concluyendo que pese a lo heterogéneo de los sujetos incluidos, existía correlación entre las alteraciones emocionales (depresión) y las DS y la necesidad de considerar de forma asociada estas dos variables. En el estudio de las DS de la mujer el trabajo de Cyranowski et al. (2004), aborda la problemática de la mujer madura siendo incluidas 904 participantes de entre 42/52 años. Fueron registrados datos como la sintomatología depresiva y los índices de satisfacción sexual, encontrando igualmente correlación entre los episodios depresivos y la problemática sexual.

Otro aspecto a destacar en nuestro estudio es la correlación existente entre la preferencia sexual y las DS, siendo el grupo de pacientes homosexuales el que presenta mayor problemática sexual, lo que coincide con estudios previos (Mills et al., 2004). Con relación a las necesidades emocionales que esta problemática plantea a los pacientes, nuestros resultados indican que existe correlación positiva ente las DS y las demandas realizadas solicitando apoyo psicológico.

Número de consultas y Problemas Sexuales ($r = 0.34$ y $p \leq 0.01$).

En general la media de demandas psicológicas efectuadas durante este estudio es **2,96** que aumenta a **6,16**, cuando existe DS. En este sentido, el análisis realizado mediante la prueba Anova, ofrece diferencias significativas

Ansiedad en relación a las fases 2 y 3 del ciclo sexual ($p = 0.31$)
siendo: [$f = 3,003$ (gl3)]

Un aspecto observado en este estudio es la fuerte carga emocional que el VIH lleva asociado y que arranca desde el propio momento del diagnóstico. También queremos volver a incidir en las diferencias observadas entre estas primeras respuestas, frente al diagnóstico ya que parecen predictivas en actitudes y acciones posteriores. Hemos comentado en el apartado Resultados, que la transmisión sexual implica mayor tendencia a ocultar la situación de enfermedad, mayor tendencia a no compartir y por tanto menor acceso a recursos e información objetiva. También hemos comentado como la percepción catastrófica correlaciona directamente con compartir o no la situación de enfermedad a partir de las causas (ideación de posibles consecuencias). El sumatorio de estos aspectos, produce en los pacientes mayor grado de temor e inhibición a la hora de mantener relaciones sexuales, ya que en muchos casos (transmisión sexual), se asocia al hecho de haberse infectado.

Por nuestra parte, hemos descrito en este estudio, como aspectos relacionados con la existencia o no de pareja, las características de la pareja, el tipo de relación establecido, y el introducir cambios en las prácticas sexuales, actúan también como elementos asociados. Por otra parte el prevalente sentimiento de culpa (20%/35%) por haber contraído la enfermedad y el temor a transmitir el virus a las parejas (Cánoves, 2000), constituyen un proceso circular respecto a la presencia de DS que entran en interacción en la respuesta sexual de los pacientes. Junto con el sentimiento de culpa, aparece con frecuencia la percepción de estar siendo castigados/as por conductas realizadas en el pasado, mediante la vivencia de la enfermedad y sus condicionantes. Esta percepción de culpa y castigo son elementos sumamente aversivos, que potencian las alteraciones emocionales.

De esta forma, la transmisión sexual, su asociación con prácticas sexuales realizadas (infección VIH), la anticipación de posibles consecuencias en relaciones sexuales (transmitir el virus a otras personas), el sentimiento de culpa y la percepción de enfermedad como castigo, serían elementos subyacentes a considerar en el proceso de la respuesta sexual de los pacientes VIH. Es indudable la carga emocional de estos factores que revierten en estados ansiógenos y depresivos. Todos estos aspectos deben ser considerados de forma conjunta debido a la estrecha relación existente entre unos y otros.

En relación a nuestra cuarta hipótesis, cuyo enunciado es:

El apoyo psicológico, facilitará la disminución de los niveles de Ansiedad y Depresión, contribuyendo a incrementar el grado de satisfacción sexual percibido.

Se ha facilitado apoyo psicológico a un grupo de 180 pacientes con DS. Nuestros resultados indican que los niveles de ansiedad y depresión previos, han descendido tras la intervención psicológica de forma significativa, pasando en algunos casos de niveles clínicamente significativos a dudosos y en otros casos de dudosos a no clínicos.

Al inicio del estudio, las puntuaciones de este grupo eran clínicamente significativas (>10) en ansiedad en un 84% de sujetos, habiendo descendido tras la intervención psicológica a un porcentaje del 54%. Respecto a la variable depresión era clínicamente significativa (>10) en un 52% de los casos, habiendo descendido tras la terapia psicológica a porcentajes del 29%. Pese a esta disminución, los niveles actuales siguen siendo altos en general en los pacientes del estudio, sin embargo es indudable la mejora observada por todos aquellos pacientes que han conseguido disminuir los índices de ansiedad y depresión.

La aplicación de técnicas cognitivas, ha resultado beneficiosa para reducir el disconfort de estos pacientes. En este sentido y también con pacientes VIH, se han aplicado estas técnicas, de momento de forma reducida (Blanch et al., 2002) pero, hasta la fecha, con resultados destacables (Lechner et al., 2003). En este último, se llevó a cabo un estudio con 330 mujeres VIH, aplicando técnicas cognitivas durante un tiempo controlado de 10 semanas. Se asignaron dos grupos, uno que recibió apoyo individual ($N=180$) y otro que además, fue entrenado con técnicas grupales para el manejo de las variables emocionales, afrontamiento y ansiedad. Si bien todas las participantes mostraron mejoras al finalizar el estudio con la aplicación de técnicas cognitivas, se observó una mejoría significativa en las pacientes incluidas en el grupo, frente a las que solo recibieron apoyo individual.

En la misma línea y también con mujeres VIH, un estudio de estos autores y otros (Laperriere et al., 2005), han llevado a cabo la misma intervención, pero con mujeres VIH de status social bajo, mostrando las mismas diferencias en cuanto a la intervención individual y grupal con técnicas cognitivas; Observamos así que los resultados obtenidos en nuestro estudio son coherentes con estas recientes aportaciones, donde son destacables los beneficios de la terapia cognitiva para el manejo de las variables de ansiedad y depresión.

El otro subgrupo donde se ha realizado intervención psicológica, es el formado por 47 pacientes con DS, a los que junto con el apoyo psicológico se les ha entrenado en técnicas cognitivas para mejorar su respuesta sexual. En este grupo la variable ansiedad era clínicamente significativa (>10) en un 68% de sujetos, habiendo descendido este porcentaje tras la intervención psicológica al 26%. En cuanto a la variable depresión era clínicamente significativa (>10) en un 32% de los casos, habiendo descendido tras la intervención psicológica al 10%. Entendemos que, además, las características de este subgrupo: auto cuidado, cumplimiento han contribuido a la consecución de estos resultados. En cuanto a la intervención específica para el entrenamiento en mejorar su respuesta sexual, los pacientes presentaban unos índices de satisfacción sexual inicial con valores medios de 4,45, registrados mediante una escala analógica con valores de 1 a 10. Tras la intervención realizada, se ha vuelto a evaluar esta variable, observando que los valores medios actuales se sitúan en 6,02 también medidos en una escala analógica del 1 al 10, con lo que podemos concluir que se ha producido una mejora significativa en el área relativa a la sexualidad.

Entendemos que estos resultados deben contemplarse en el contexto de una intervención específica, con una población igualmente específica, pero los resultados son satisfactorios, redundando básicamente en el nivel de confort actual alcanzado por estos sujetos respecto a su bienestar sexual y personal. No tenemos referentes de este tipo de trabajo, dirigidos a valorar y/o mejorar los índices de satisfacción sexual en pacientes VIH, los estudios epidemiológicos dedicados a evaluar los índices de satisfacción sexual de los sujetos son restringidos y están dirigidos básicamente a población convencional sin patologías, como por ejemplo el reciente estudio de Colson et al. (2006). En este trabajo, los autores llevaron a cabo una investigación en Francia con un total de 1002 sujetos (483 hombres y 519 mujeres) evaluando interesantes aspectos como las expectativas de los sujetos acerca de la sexualidad en su vida con preguntas sobre prácticas sexuales, frecuencia y número de parejas en relación con el índice de satisfacción sexual. Las encuestas fueron realizadas por teléfono, aportando datos sobre la distribución de DS en hombres y mujeres en las distintas fases del ciclo sexual. Además de estos aspectos, los autores relacionan los índices de satisfacción sexual con parámetros como el amor y la cercanía de la pareja, concluyendo que a partir de todas estas variables un 60% de los sujetos, referían querer mejorar su nivel de satisfacción sexual.

En nuestro estudio hay que valorar todos los condicionantes asociados al VIH, la problemática emocional implicada y como todo ello revierte en la actividad sexual de los sujetos, requiriendo todo ello de futuras intervenciones sistematizadas.

5.2. ALGUNAS SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

Los 25 años de historia del VIH y sus características específicas, confieren a esta enfermedad un marco conceptual que interrelaciona estereotipos, realidades y expectativas. Mucho se ha trabajado hasta la fecha en los aspectos de investigación biológica, farmacología y tratamientos, pero existe un gran vacío respecto a la intervención terapéutica en los aspectos emocionales de los pacientes; Sin embargo, como se ha venido describiendo en la bibliografía relacionada y también en lo que se desprende del presente trabajo, la incidencia de problemática es muy aguda e incide en áreas muy diversas: *cumplimiento, afrontamiento, ansiedad, depresión, problemas sexuales y en general todos aquellos factores que consideramos asociados a la calidad de vida*. Si bien es cierto que se ha conseguido aumentar la supervivencia de los pacientes, entendemos que es lógico y deseable que esta supervivencia se produzca con unos mínimos de confort básicos. Por supuesto toda intervención paliativa es precisa y humanitaria, pero valorar las necesidades prioritarias, establecer protocolos de intervención y llevarlos a cabo, entra en la esfera de lo preventivo y nos parece lo más recomendable.

La creación de las Unidades para el seguimiento clínico de estos pacientes, son el marco adecuado donde poder llevar a cabo una valoración e intervención global con los pacientes en las áreas básicas: biológicas, psicológicas y sociales.

En el apartado **Procedimiento** de este estudio hemos descritos cual ha sido la forma en que se ha llevado a cabo ese trabajo: *Detección del problema, contacto con la psicóloga, puesta en contacto de ésta con el paciente, valoración inicial del problema, valoración de niveles de ansiedad y depresión jerarquización de la problemática sobre la que se puede intervenir, planing de consultas, aplicación de técnicas cognitivas, reevaluación de niveles de ansiedad y depresión, feed back para valorar la intervención y rectificar si procede.....*En definitiva el procedimiento propio de un protocolo específico de intervención en este caso psicológico. En el diagrama siguiente, se puede observar cual sería la dinámica de intervención necesaria:

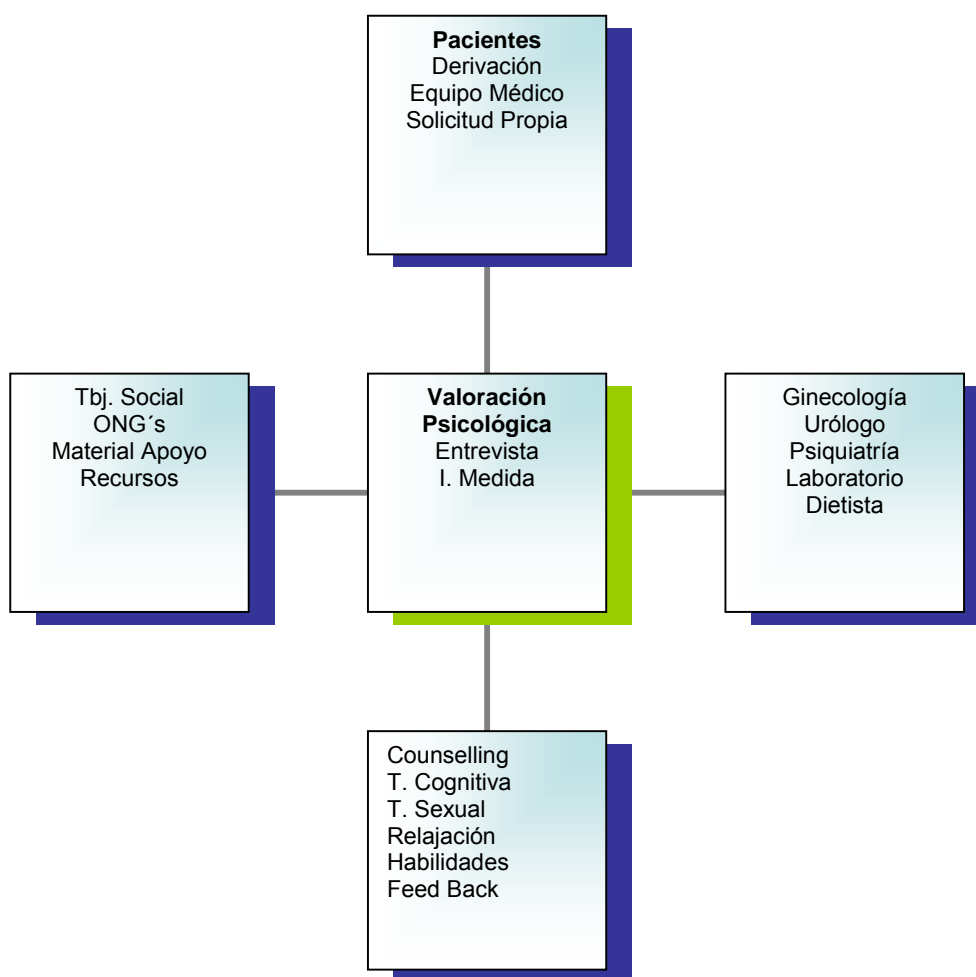


Figura 23: Dinámica de intervención psicológica en Unidad Hospital VIH

Tras la toma de contacto de pacientes y/o familiares con alguno de los técnicos de la Unidad se produce la primera entrevista psicológica. **La primera entrevista** posee una importancia vital, ya que posibilita:

- Visión general de la problemática.
- Jerarquización de demandas.
- Selección áreas donde se puede intervenir.
- Recursos que pueden ser utilizados.
- Negociación posteriores consultas.

Es básico realizar el diagnóstico diferencial. Se pueden utilizar cuestionarios: HAD, BDI, Hamilton y como referencia el DSM-IV-TR, junto al registro de datos convencionales que se precisen. Es necesario conocer las principales preocupaciones del paciente. La entrevista, permite recoger esta información, comenzar la intervención por los aspectos críticos y crear vínculos con los pacientes. Si procede, hay que solicitar el consentimiento informado.

Actualmente, hay que considerar que los avances en salud, han hecho evolucionar las demandas de los afectados. Si las necesidades son de tipo social, procede poner en contacto a los pacientes con la Unidad de Trabajo Social, para que canalice este tipo de demandas; Además, la asistencia a asociaciones (ONG's), puede significar otra fuente de apoyo. Si junto al VIH, se detectan otras patologías, procede orientar al paciente para que solicite a su médico de Unidad, derivación a otros Servicios: Ginecología, Urología, Psiquiatría...

En cuanto a la dinámica de intervención psicológica a seguir, puede ser muy diversa en función a las necesidades críticas o puntuales de los pacientes. Terapia cognitiva. Counselling. Técnicas de relajación. Negociación. En estas actuaciones, el profesional debe manejar la empatía y fomentar el establecimiento de vínculos con el paciente y familiares de apoyo.

Un aspecto final a considerar es el problema de límites y competencias; el psicólogo al igual que otros técnicos, puede realizar múltiples tareas en el entorno hospitalario, por lo que es prioritario el establecimiento de límites. Integrar las prioridades y múltiples demandas de los pacientes con la respuesta de los equipos humanos y/o de la estructura hospitalaria, puede ser sumamente difícil. Estas situaciones, pueden a medio o largo plazo acarrear graves repercusiones emocionales. Así, se planificarán intervenciones susceptibles de realización, derivando a otros/as profesionales cuando la demanda rebase las competencias personales. Podríamos minimizar esta filosofía de intervención:

Escuchar Jerarquizar Intervenir Derivar

Resumen: La entrevista en profundidad, la intervención psicológica, el trabajo en equipo y los protocolos de actuación, son absolutamente necesarios en VIH, si bien las carencias estructurales actuales, son todavía muy acusadas. En otras patologías de impacto, se han ido creando y adaptando protocolos de intervención, como en el caso del cáncer. En este sentido nos parece impecable el reciente modelo de intervención propuesto por Barbero, Barreto, Arranz y Bayés (2005) sobre intervención psicológica en oncología.

5.3. LIMITACIONES

Hemos realizado este estudio con una población específica como son los pacientes VIH.

Hemos intentado describir sus características y problemáticas más agudas.

Hemos realizado intervención psicológica para el control de ansiedad y depresión (N= 180) e intervención psicosexual (N= 47) a fin de mejorar su ajuste psicológico y sexual.

Somos conscientes de las limitaciones metodológicas del propio estudio, de las dificultades inherentes a la estructura hospitalaria donde el estudio se ha llevado a cabo durante estos años, así como de la complejidad de realizar un seguimiento adecuado. Por otra parte el abordaje no solo del VIH sino de la problemática sexual asociada, es también otra dificultad a considerar.

Sin embargo, los resultados obtenidos, si bien incipientes, justifican el esfuerzo realizado, básicamente si posibilitan otras aproximaciones a esta misma problemática de forma mas exhaustiva.

VI. CONCLUSIONES

- ✚ 1- Algunos Inhibidores de la Proteasa, muestran correlación con las DS de los pacientes, adscritos a tratamientos que los incluyen.

- ✚ 2- Las DS descritas en los pacientes, se distribuyen en las fases del ciclo sexual, con distinta incidencia entre hombres y mujeres.

- ✚ 3- Los pacientes VIH con DS, refieren índices medios de ansiedad y depresión, superiores a los pacientes VIH, que no presentan DS.

- ✚ 4- La vía de transmisión de la infección VIH, guarda relación con el hecho de compartir o no la situación de enfermedad entre personas allegadas.

- ✚ 5- El grado de amenaza percibido en el diagnóstico de VIH, influye en las respuestas de afrontamiento y adaptación en el proceso de enfermedad.

- ✚ 6- El Apoyo Familiar, está relacionado con el género y el cumplimiento, siendo las mujeres, sea cual sea el parentesco, las que facilitan apoyo.

- ✚ 7- En los pacientes VIH con transmisión por vía sexual, se observa mayor tendencia a ocultar la situación de enfermedad y al autoaislamiento.
- ✚ 8- El sentimiento de culpa y el temor a transmitir el virus a otras personas, contribuye a la inhibición sexual de los pacientes.
- ✚ 9- Los pacientes que han recibido apoyo psicológico, han reducido sus índices de ansiedad/depresión, experimentando bienestar emocional.
- ✚ 10- Los pacientes que han recibido apoyo psicosexual, han mejorado su respuesta sexual y su nivel de satisfacción sexual y emocional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAND M (1990). La Senda del Éxtasis. Barcelona: Martínez Roca.
- ANDERSON WJ, WEATHERBURN P (2004). The needs of people with HIV in the UK: findings from a national survey *International Journal of STDs and AIDS* 15 (12): 793-6.
- ARRANZ P, COSTA M, BAYÉS R, CANCIO H, MAGALLÓN M, HERNÁNDEZ F (2000). Emotional support in Haemophilia Montreal: WFH.
- ARAUJO M (2002). Consumo de drogas y Sida *Revista Española de Drogodependencias* 27 (3):236-248.
- BADIA X, SALAMERO M, ALONSO J (2002). La medida de la salud Guía de escalas de medición en español. (3ª Edición) Colección Medicina Eficiente. Barcelona: Edimac con Fundación Lilly.
- BALLESTER JE (2004). Tuberculosis aidscyber journal www.ttmed.com/sida/noticias
- BARBERÁ E (1998). Psicología del Género. Barcelona: Ariel.

- BARBERO J, BARRETO P, ARRANZ P, BAYÉS R (2005). Comunicación en oncología clínica. Madrid: Just in Time con Roche Farma.
- BARRETO MP, BARBERO J (1993). Guía Counselling sobre el SIDA Madrid: FASE.
- BARRETO P, ARRANZ P, MOLETO M (1997). Counselling, instrumento fundamental en la relación de ayuda. En Martorell MC, González R, editores. Entrevista y consejo psicológico (83-104) Madrid: Síntesis.
- BARTLETT JA, DEMASI R, QUINN J, MOXHAM C, ROUSSEAU F (2001). Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-1 infected adults *AIDS* 15 (11) 1369-77.
- BAYÉS R (1995). Sida y Psicología. Barcelona: Martínez Roca.
- BAYÉS R (2001). Psicología del sufrimiento y la muerte. Barcelona: Martínez Roca.
- BERMÚDEZ J (1999). Prevención y Promoción de la Salud Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED Colección Cursos de Postgrado Psicopatología y Salud.
- BÉROUL (1985).Tristan e Iseo. Madrid: Cátedra Letras Universales.

- BIMBELA JL (2001). Cuidando al cuidador: Counselling para profesionales de la salud (4ª ed) Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- BLANCH J, ROUSAUD A, HAUTZINGER M, MARTINEZ E, PERI JM, ANDRES S, CIRERA E, GATELL JM, GASTO C (2002). Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioural group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department *Psychotherapy and Psychosomatics* 71(2): 77-84.
- BLOCH I (1908). The Sexual Life of our time in its relations to modern civilization. Londres: Rebman.
- BOCK J, ESCOBAR-PINZON LC, RIEMER D, BLANCH J, HAUTZINGER M (2003). EUROVIHTA Project-Specific Intervention program for HIV infected patients to support the coping process with this chronic illness *Psychotherapy and Psychosomatics Medicine* 53 (7): 310-8.
- BRASHERS DE, NEIDIG JL, GOLDSMITH DJ. (2004). Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS *Health Communication* 16 (3): 305-31.
- BUCHER HC, KOFLER A, NUESCH R, YOUNG J, BATTEGAY M, OPRAVIL M (2003). Meta-analysis of randomized controlled trials of simplified versus continued protease inhibitor-based antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients *AIDS* 21 (17): 2451-9.

- BUFFET-JANVRESSE C, PEIGUE-LAFEUILLE H, BENICHO J, VABRET A, BRANGER M, TRIMOULET P, GORIA O, LAURICHESSE H, ABBED A, VERDON R, BOUVET E, LAFON ME, DUSSAIX E, CORMERAIS L, DUPON M, HENQUELL C, JOSSE A, LAGOUTTE P, LARIVEN S, LEGAC S, RIACHI G, VERDON R, VITTECOQ D; HIV-HCV (2003). Cohort Study Group. HIV and HCV co-infection: situation at six French university hospitals in the year *Journal of Medical Virology* 69 (1): 7-17.
- CAMPILLOS MT, PARDO G, DURO E, CAUSÍN S, AGUDO S, CAMPILLOS MA (2003). Disfunción eréctil: valoración y tratamiento en AP *Revista de la SEMG* 50: 35-41.
- CANOVES L (1998). Demandas Psicológicas en personas VIH/SIDA: 100 casos de estudio Trabajo de Investigación. Valencia: Facultad de Psicología.
- CÁNOVES L, ORTEGA E, DEL TORO M, BALLESTER E, ABRIL V Project Libra (2000). En Monduzzi Editore XIII International Aids Conference: S.S. Righth Politics Commitment and Action 247-251.
- CÁNOVES L. SIDA, Psicología y Sexo: Diversidad e igualdad (2000). en: Avances en el manejo del paciente infectado por VIH. Coord. Ortega E Madrid: Team Pharma 289-314.
- CARR RL y GRAMLING LF (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 15 (5): 30-9.

- CARROBLES JA (1981). Evaluación de las disfunciones sexuales En Fernández Ballesteros R Carrobles JA Madrid: Pirámide.
- CARROBLES JA, SANZ A (1998). Terapia Sexual. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia Fundación Universidad Empresa.
- CATALAN J, MEADOWS J (2000). Sexual dysfunction in gay and bisexual men with HIV infection: evaluation, treatment and implications *AIDS Care* 12(3): 279-86.
- CATZ SL, GORE-FELTON CH, MCCLURE JB (2002). Psychological distress among minority and low-income women living with HIV *Behavioral Medicine* 28 (2): 53-59.
- COHEN MA, HOFFMAN RG, CROMWELL C, SCHMEIDLER J, EBRAHIM F, CARRERA G, ENDORF F, ALFONSO CA, JACOBSON JM (2002). The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection *Psychosomatics* 43 (1): 10-15.
- COLSON MH, LEMAIRE A, PINTON P, HAMIDI K, KLEIN P (2006). Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France *The Journal of Sexual Medicine* 3 (1): 121-31.
- COLLAZOS J (2005). Alteraciones hormonales en el paciente infectado por el VIH en : Recomendaciones de Geam/SPNS sobre el manejo de las alteraciones metabólicas y morfológicas en el paciente con infección VIH Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- COVE J, PETRAK J (2004). Infection and Immunity *International Journal of STDs and AIDS* 15 (11): 732-6.
- CRESPO M, LABRADOR FJ, DE LA PUENTE ML (1997). Trastornos Sexuales en Manual de Psicopatología Belloch A, Sandín B, Ramos F. Madrid: Pirámide.
- CRUESS DG, DOUGLAS SD, PETITTO JM, LESERMAN J, TEN HAVE T, GETTES D, DUBE B, EVANS DL (2003). Association of depression, CD8+ T lymphocytes, and natural killer cell activity: implications for morbidity and mortality in Human immunodeficiency virus disease *Current Psychiatry Reports* 5 (6): 445-50.
- CYRANOWSKI JM, BROMBERGER J, YOUK A, MATTHEWS K, KRAVITZ HM, POWELL LH (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife *Archives of Sexual Behavior* 33 (6): 539-48.
- DEBIEN C, DE CHOULY DE LENCLAVE MB, FOUTREIN P, BAILLY D (2001). Alpha-interferon and mental disorders *Encephale* 27 (4): 308-17.
- DEROGATIS LR (1997). The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR).
- DSM-IV-TR (2002). Trastornos sexuales y de la identidad sexual (599-652) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado Barcelona: Masson.

- DUNKLE KL, JEWKES RK, BROWN HC, GRAY GE, MCINTYRE JA, HARLOW SD (2004). Informe Soweto. En Informe Bianual ONUSIDA 2º Semestre 2004).
- ECHEBURÚA E, DE CORRAL P, AMOR PJ (1999). Violencia Familiar. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED Colección Cursos de Postgrado Psicopatología y Salud.
- ELLIS H (1913). La Selección Sexual en el Hombre. Madrid: Hijos de Reus.
- ENGELS F (1970). El Origen de la Familia. Buenos Aires: Claridad.
- FAGARD C, OXENIUS A, GUNTARD H, GARCIA F, LE BRAZ M, MESTRE G, BATTEGAY M, FURRER H, VERNAZZA P, BERNASCONI E, TELENTI A, WEBER R, LEDUC D, YERLY S, PRICE D, DAWSON SJ, KLIMKAIT T, PERNEGER TV, MCLEAN A, CLOTET B, GATELL JM, PERRIN L, PLANA M, PHILLIPS R, HIRSCHHEL BE (2003). A prospective trial of structured treatment interruptions in human immunodeficiency virus infection *Archives of Internal Medicine* 163: 1220-1226.
- FELDMAN HA, GOLDSTEIN I, HATZICHRISTOU DG, KRANE RJ, MCKINLAY JB (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study *The Journal of Urology* 151:54-61.

- FLORENCE E, SCHROOTEN W, DREEZEN C, GORDILLO V, NILSSON SCHÖNNESSON L, ASBOE D, KOITZ G, COLEBUNDERS R. (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe *AIDS Care* 16 (5): 550-7.
- FISCHL MA, RICHMAN DD, GRIECO MH, GOTTLIEB MS, VOLBERDING PA, LASKIN OL et al. (1987). The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double blind, placebo-controlled trial. *The New England journal of medicine* 317: 185-191.
- FOUCAULT M (1989). Historia de la Sexualidad. Madrid: Siglo XXI.
- FRAY LUIS DE LEON (1798). Traducción Literal y Declaración del Libro de Los Cantares de Salomón. Salamanca: Francisco de Toxar.
- FREUD S (1905). Obras Completas (Vol. 2) Madrid: Biblioteca Nueva.
- GARCÍA DELTORO (2003). Resistencia a los fármacos antirretrovirales en la práctica clínica diaria *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 5 (3): 88-91.
- GARCÍA VALDÉS A (1981). Historia y Presente de la Homosexualidad. Madrid: Akal.

- GIORGI JV, MAJCHROWICZ MA, JOHNSON TD, HULTIN P, MATUD J, DETELS R (1998). Immunologic effects of combined protease inhibitor and reverse transcriptase inhibitor therapy in previously treated chronic HIV-1 infection *AIDS* 12(14): 1833-44.
- GOODKIN K, HECKMAN T, SIEGEL K, LINSK N, KHAMIS I, LEE D, LECUSAY R, POINDEXTER CC, MASON SJ, SUAREZ P, EISDORFER C (2003). "Putting a face" on HIV infection/AIDS in older adults: a psychosocial context *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33 (Suppl 2S): 171-84.
- GOTTLIEB MS, SCHROFF R, SCHANKER HM, WEISMAN JD, FAN PT, WOLF RA, SAXON A (1981). Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency *The New England journal of medicine* 305 (2): 1425-31.
- HARDY H., SKOLNIK PR (2004). Enfuvirtide, a new fusion inhibitor for therapy of human immunodeficiency virus infection *Pharmacotherapy* 24 (2): 198-211.
- HAWTON K (1985). Terapia Sexual. Barcelona: Doyma.
- HEATH KV, HOGG RS, CHAN KJ, HARRIS M, MONTESSORI V, O'SHAUGHNESSY MV, MONTANERA JS (2001). Lipodystrophy-associated morphological, cholesterol and triglyceride abnormalities in a population-based HIV/AIDS treatment database *AIDS* 15(2): 271-3.

- HECKMAN TG, KOCKMAN A, SIKKEMA KJ, KALICHMAN SC, MASTEN J, GOODKIN K. (2000). Late middle-aged and older men living with HIV/AIDS: Race differences in coping, social support and psychological distress *Journal of the National Medical Association* 92(9): 436-444.
- HECKMAN TG, ANDERSON ES, SIKKEMA KJ, KOCHMAN A, KALICHMAN SC, ANDERSON T (2004). Emotional Distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention *Health Psychology* 23(1): 94-100.
- HEREK GM y GLUNT EK (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS *The American Psychologist* 43 (11): 886-891.
- HEREK GM (1990). Illness, stigma, and AIDS. In P Costa & GR VandenBos (Eds.) *Psychological aspects of serious illness* Washington DC: American Psychological Association (103-150).
- HEREK GM y GLUNT EK (1991). AIDS-related attitudes in the United States: A preliminary conceptualization. *Journal of Sex Research* 28 (1): 99-123.
- HERRERA A, ORTEGA E, ABRIL V (1999). El Sida Hoy. Valencia: Educando en Salud.

- HINKIN CH, CASTELLON SA, ATKINSON JH, GOODKIN K (2001). Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (Suppl 1): S44-52.
- HITE S (1977). El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina Esplugas Llobregat: Plaza Janés.
- HO D (1997). HIV Research Overview whit David Ho *AIDS Treatment News* 282: 1-6.
- KALICHMAN SC, DIFONZO K, AUSTIN J, LUKE W, ROMPA D (2002). Prospective study of emotional reactions to changes in HIV viral load *AIDS Patient Care and STDs* 16(3): 113-20.
- KAPLAN H (1985). Evaluación de los Trastornos Sexuales, Aspectos Médicos y Psicológicos. Barcelona: Grijalbo.
- KAUL M, ZHENG J, OKAMOTO S, GENDELMAN HE, LIPTON SA (2005). HIV-1 Infection and AIDS: Consequences for the central nervous system *Cell Death and Differentiation* 12 (Suppl 1) 878-92.
- KEMPPAINEN JK, HOLZEMER WL, NOKES K, ELLER LS, CORLESS IB, BUNCH EH, KIRKSEY KM, GOODROAD BK, PORTILLO CJ, CHOU FY (2003). Self-care management of anxiety and fear in HIV disease *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 14 (2): 21-29.

- KINSEY AC, POMEROY WB, MARTIN CE (1948). Sexual Behavior in the human male. Philadelphia: WB Saunders.
- KINSEY AC, POMEROY WB, MARTIN CE, GEBHARD PH (1953). Sexual Behavior in the human female. Philadelphia: WB Saunders.
- KLEINCLAUSS F, KLEINCLAUSS C, BITTARD H (2005). Erectile dysfunction in renal failure patients and renal transplant recipients *Progrès en Urologie* 2005 15(3): 447-55.
- KRAFFT-EBING R (1965). Psychopatya Sexualis: A Medico-Forensic study. New York: Putnam's Sons.
- KÜBLER-ROSS E (1989). Sobre la Muerte y los Moribundos. Barcelona: Grijalbo.
- LABRADOR (1994). Disfunciones Sexuales. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED) y Fundación Universidad Empresa.
- LABRADOR FJ, CRESPO M (2003). Guía de Tratamientos eficaces para las disfunciones Sexuales en Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Pérez Álvarez (Coord) Madrid: Pirámide.
- LALLEMAND F, SALHI Y, LINARD F, GIANI A, ROZENBAUM W (2002). Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men

receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 30 (2): 187-90.

- LAMBERT S, KEEGAN A, PETRAK J (2005). Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study *Sexually transmitted infections* 81(4) 333-337.
- LANSKY A, NAKASHIMA AK, DIAZ T, FANN SA, CONTI L, HERR M, SMITH D, KARON J, JONES JL, WARD JW. (2000). Human immunodeficiency virus infection in rural areas and small cities or contributions of migration and behavior *The Journal of Rural Health* 16 (1): 20-30.
- LAPERRIERE A, IRONSON GH, ANTONI MH, POMM H, JONES D, ISHII M, LYDSTON D, LAWRENCE P, GROSSMAN A, BRONDOLO E, CASSELLS A, TOBIN JN, SCHNEIDERMAN N, WEISS SM (2005). Decreased depression up to one year following CBSM+ intervention in depressed women with AIDS: the smart/EST women's project *Journal of Health Psychology* 10 (2): 223-31.
- LECHNER SC, ANTONI MH, LYDSTON D, LAPERRIERE A, ISHII M, DEVIEUX J, STANLEY H, IRONSON G, SCHNEIDERMAN N, BRONDOLO E, TOBIN JN, WEISS S. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS *Journal of psychosomatic research* 54 (3): 253-61.
- LERT F, CHASTANG JF, CASTANO I (2002.) Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties *AIDS Care* 13 (6): 763-78.

- LOPEZ ALDEGUER J, AGUIRREBENGOA K, ARRIBAS JR, ESTE JA, KINDELAN JM (2005). New targets and new drugs in the treatment of HIV *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 23 (2): 25-32.
- LOW-BEER S, CHAN K, WOOD E, YIP B, MONTANER JS, O'SHAUGHNESS YM, HOGG RS (2000). Health related quality of life among persons with HIV after the use of protease inhibitors. *Quality of Life Research* 9 (8): 941-949.
- MARTIN A, ORTEGA E, GARCIA-DELTORO M, BALLESTER JE, ABRIL V, HERRERA A (2004). Factores asociados a la actividad histológica y fibrosis en las Hepatitis crónicas por VHC: Sexo, Genotipo, Carga Viral VHC, tiempo transcurrido desde la infección, ingesta de alcohol y coinfección VIH. *VIII Congreso Nacional sobre el Sida*. (138).
- MARTÍN-MORALES A (1999). Epidemiología de la disfunción eréctil en España Proyecto EDEM (Estudio de la disfunción eréctil masculina). En: Arrondo JL editor. Actualización en andrología. *Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*, 240-55.
- MARTINEZ A, ISRAELSKI D, WALKER C, KOOPMAN C. (2002). Posttraumatic stress disorder in women attending human immunodeficiency virus outpatient clinics *AIDS Patient Care and STDs* 16 (6) 283-91.
- MASTERS WW y JHONSON WE (1966). Human Sexual Response. Boston: Little Brown.

- MASTERS WW, JHONSON WE, KOLODNY RC (1995). La sexualidad humana Vol I, II, III Barcelona: Grijalbo.
- MEMORIA PROYECTO LIBRA (2004). Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario.
- MERIGAN T (1999). Viral resistance testing: Practical issues and future opportunities *AIDS Treatment News* 2 (316) 1-6.
- MESTON CM, HULL E, LEVIN RJ, SIPSKI M (2004). Disorders of orgasm in women *The journal of sexual medicine* 1(1): 66-8.
- MILLS TC, PAUL J, STALL R, POLLACK L, CANCHOLA J, CHANG YJ, MOSKOWITZ JT, CATANIA JA (2004). Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study *The American journal of Psychiatry* 161 (2): 278-85.
- MURPHY DA, ROBERTS KJ, MARTIN DJ, MARELICH W, HOFFMAN D (2000). Barriers to antiretroviral adherence among HIV-infected adults *AID Patient Care and Stds* 14 (1): 47-58.
- MURPHY DA, MARELICH WD, HOFFMAN D, STEERS WN (2004). Predictors of antiretroviral adherence *AIDS Care* 16(4): 471-84.
- NICHOLAS PK, KEMPPAINEN JK, HOLZEMER WL, NOKES KM, ELLER LS, CORLESS IB, BUNCH EH, BAIN CA, KIRKSEY KM, DAVIS SM, GOODROAD BK (2002). Self-care management for neuropathy in HIV disease *AIDS Care* 14 (6): 763-71.

- NICOLOSI A, MOREIRA JR, VILLA M, GLASSER DB. (2004). A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men in Milan *Journal of affective disorders* 82 (2): 235-43.
- O'LEARY MP, FOWLER FJ, LENDERKING WR, BARBER B, SAGNIER PP, GUESS HA et al.(1995). A Brief male sexual function inventory for urology *Urology* 46 (5): 697-706.
- OLLEY BO, GXAMZA F, SEEDAT S, THERON H, TALJAARD J, REID E, REUTER H, STEIN DJ. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender *South African Medical Journal* 93 (12) 928-31
- OLLEY BO, SEEDAT S, NEI DG, STEIN DJ (2004). Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa *AIDS Patient Care STDS*. 18 (8): 481-7.
- ONUSIDA INFORME BIANUAL (2004). UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS).<http://www.unaids.org.wac/index.html>
- ONUSIDA INFORME BIANUAL (2006). UNAIDS (Joint United Nations Programme HIV/AIDS).<http://www.unaids.org.wac/index.html>
- ORTEGA E (2002). Hepatitis Víricas Valencia: UNED Interciencias.

- OYÁGÜEZ I, MARTÍNEZ E, GALLARDO C, GIL A (2001). Estudio Ideap: Investigación de la disfunción eréctil en Atención Primaria. Efectividad del tratamiento con sildenafil *Medicina General* 31: 125-131.
- POMEROY EC, GREEN DL, VAN LANINGHAM L (2002). Couples who care: The effectiveness of a psychoeducational group intervention for HIV serodiscordant couples *Research on Social Work Practice* 12(2): 238-252.
- PORTILLA J, BOIX V, GARCIA-HENAREJOS JA, LLOPIS C, MARTINEZ-MADRID O, GIMENO A, SANCHEZ-PAYA J, MERINO E. (2005). Quadruple-2 protease inhibitors (PI)-therapy does not accelerate viral decay and suppression in PI-naive HIV-1 infected patients with severe immunosuppression and high viral load as compared with standard triple therapy *International Journal of STD and AIDS* 16 :807-810.
- RABKIN JG, FERRANDO SJ, LIN SH, SEWELL M, MCELHINEY M (2000). Psychological effects of HAART: a 2-year study *Psychosomatic Medicine* 62(3): 413-22.
- RAICH RM (2000). Imagen Corporal. Madrid: Pirámide.
- REICH W (1927). Die Funktion des Orgasmus. Viena : Internationaler Psychoanalytischer.

- RODRIGUEZ MARIN J (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- ROSEN R, RILEY A, WAGNER G, OSERLOH I, KIRKPATRICK J, MISHRA A. (1997). The international index of erectile dysfunction (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction *Urology* 49 (6): 822-30.
- ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, D'AGOSTINO R JR (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function *J Sexual and Marital Therapy* 26(2): 191-208.
- ROUGEMONT D (1986). *El amor y occidente* Barcelona: Kairós.
- RUST J y GOLOMBOK S (1985). The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) *The Clinical Psychologist* 24: 63-64
- SAFREN SA, RADOMSKY AS, OTTO MW, SALOMON E (2002). Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy *Psychosomatics* 43 (6): 478-85.
- SAN AGUSTIN (1877). *Las Confesiones* Valencia: Terraza y Aliena.

- SANZ F (1992). Psicoerotismo Femenino y Masculino. Barcelona: Kairós.
- SCHROOTEN W, COLEBUNDERS R, YOULE M, MOLENBERGHS G, DEDES N, KOITZ G, FINAZZI R, DE MEY I, FLORENCE E, DREEZEN C (2001). Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment *AIDS* 25 15 (8): 1019-23.
- SEWELL MC, GOGGIN K, RABKIN J, FERRANDO SJ, MCELHINEY MC, EVANS S (2000). Anxiety Syndromes and Symptoms Among Men with AIDS: A longitudinal Controlled Study *Psychosomatics* 41 (4): 294-300.
- SIKKEMA KJ, KOCHMAN A, DIFRANCEISCO W, KELLY JA, HOFFMANN RG. (2003). AIDS-related grief and coping with loss among HIV-positive men and women *Journal of Behavioral Medicine* 26 (2): 165-81.
- F STARACE L, BARTOLI MS, ALOISI A, ANTINORI P, NARCISO G, IPPOLITO L, RAVASIO MC, MOIOLI D, VANGI L, GENNERO OV, CORONADO A, GIACOMETTI S, NAPPA ML, PERULLI V, MONTESARCHIO A, LA GALA F, RICCI L, CRISTIANO M, DE MARCO C, IZZO P, PEZZOTTI A, D'ARMINIO I, MONFORTE A (2002). for the NeuroICONA study team Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS The NeuroICONA study *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (1) 20-26.

- STASZEWSKI S, HILL AM, BARTLETT J, ERON JJ, KATLAMA C, JOHNSON J, SAWYER W, MCDADE H (1997). Reductions in HIV-1 disease progression for zidovudine/lamivudine relative to control treatments: a meta-analysis of controlled trials. *AIDS* 11 (4) 477-83.
- STREET R (1959). Modern sex techniques. New York: Archer House.
- TAYLOR JF, ROSEN RC, LEIBLUM SR (1994). Self-report assement of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning of women. *Archives of Sexual Behavior* 23 (6): 627-43
- THOMPSON IM, TANGEN CM, GOODMAN PJ, PROBSTFIELD JL, MOINPOUR CM, COLTMAN (2005). Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease *JAMA* 294 (23): 2996-3002.
- TORRIANI FJ, RODRIGUEZ-TORRES M, ROCKSTROH JK, LISSEN E, GONZALEZ-GARCIA J, LAZZARIN A, CAROSI G, SASADEUSZ J, KATLAMA C, MONTANER J, SETTE H JR, PASSE S, DE PAMPHILIS J, DUFF F, SCHRENK UM, DIETERICH DT; (2004). APRICOT. Study Group *The New England journal of medicine* 29 351(5): 422-3.
- TULDRÁ A y WU AW (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 15 31 (Suppl 3): 154-7.

- VALENTE SM (2003). Depression and HIV disease *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 14 (2): 41-51.
- VATSYAYANA M (1999). El Kamasutra. Barcelona: Grijalbo.
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN ESPAÑA (2004). REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA DICIEMBRE 2004.
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN ESPAÑA. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA JUNIO 2006.
- VIVES JL (1793). Instrucción de la muger cristiana Madrid: Imprenta de Don Benito Canop.
- WANKE CA, SILVA M, KNOX TA, FORRESTER J, SPEIGELMAN D, GORBACH SL (2000). Weight loss and waisting remain common complications in individuals infected with human immunodeficiency virus in the era of Highly Active Antiretroviral therapy *Clinical Infectious Diseases* 31:803-5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (1993). WHOQOL Group WHOQOL-BREF.

- YAMAN O, AKAND M, GURSOY A, ERDOGAN MF, ANAFARTA K. (2006). The effect of diabetes mellitus treatment and good glycemic control on the erectile function in men with diabetes mellitus-induced erectile dysfunction: Pilot study *The journal of sexual medicine* 3 (2): 344-8.
- ZIGMOND AS y SNAITH RP (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67: 361-370.
- XIII INTERNATIONAL AIDS CONF, DURBAN (www.aids2000org).
- XIV INTERNATIONAL AIDS CONF. BARCELONA (www.aids2002.com).
- XV INTERNATIONAL AIDS CONF. BANGKOK (www.aids2004org)
- XVI INTERNACIONAL AIDS CONF. TORONTO (www.aids2006.org).

VIII. ANEXOS

**Anexo I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:
Cuestionarios y Hojas de Registro**

HAD

Apellidos-----Fecha.....

1.- Me siento tenso o nervioso.

<input type="checkbox"/>	Todos los días
<input type="checkbox"/>	Muchas Veces
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

<input type="checkbox"/>	Como siempre
<input type="checkbox"/>	No lo bastante
<input type="checkbox"/>	Solo un poco
<input type="checkbox"/>	Nada

3.- Tengo una sensación de miedo como si algo horrible fuera a sucederme

<input type="checkbox"/>	Definitivamente , y es muy fuerte
<input type="checkbox"/>	Si, pero no es muy fuerte
<input type="checkbox"/>	Solo un poco
<input type="checkbox"/>	Nada

4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

<input type="checkbox"/>	Al igual que siempre lo hice
<input type="checkbox"/>	No tanto ahora
<input type="checkbox"/>	Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Nunca

5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones.

<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/>	A veces, aunque no muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Solo en ocasiones

6.- Me siento alegre.

<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Casi siempre

7.- Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Por lo general
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Nunca

8.- Me siento como si cada día estuviera más lento.

<input type="checkbox"/>	Por lo general en todo momento
<input type="checkbox"/>	Muy a menudo
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

9.- Tengo una sensación extraña como de “aleteo” en el estómago.

<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	En ciertas ocasiones
<input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/>	Muy a menudo

10.-He perdido interés por mi aspecto personal.

<input type="checkbox"/>	Totalmente
<input type="checkbox"/>	No me preocupo tanto como debería
<input type="checkbox"/>	Podría tener un poco mas de cuidado
<input type="checkbox"/>	Me preocupo al igual que siempre

11.-Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

<input type="checkbox"/>	Mucho
<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	No mucho
<input type="checkbox"/>	Nada

12.-Me siento optimista respecto al futuro.

<input type="checkbox"/>	Igual que siempre
<input type="checkbox"/>	Menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/>	Mucho menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/>	nada

13.-Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente
<input type="checkbox"/>	Bastante a menudo
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Rara vez

14.-Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

<input type="checkbox"/>	A menudo
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	Rara vez

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos, que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Cuan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratami. médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuan saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” Vd. experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Modera- do	Basta- nte	Total- mente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Basta- nte	Extrema- damente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisf- echo	Poco	Lo nor- mal	Bastante Satisf.	Muy satisf- echo
16	¿Cuan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuan satisfecho está de si mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5

22	¿Cuan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuan satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara mente	Mediana mente	Frecuen temente	Extrema damente
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5



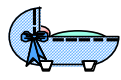
¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?.....

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?.....

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?.....

Gracias por su ayuda

LIBRA 1

Identificación					
	Fecha	NHC	Nº Id.	nº Visita	Dr.
Apellidos			Nombre		
Fecha Nac.	Sexo (H. M.) E. Civil (S. C. D. V.) Hijos (... N) Nº Parejas.....				
N. Cultural (B. M. A.) S. Laboral (Trabaja Paro Baja Pensionista) Id. Sexual (HM. HT. Bl.)					
Biológicos					
Diagnóstico VIH.....	Causa (S. D V. H.Ns.)		Estadio (.....)	Ant. Psq.(S/N)	
Det. Cog. (S/N.)	Det. Visual (S/N.)	Det. Motor (S.N.)	Prob. Sx. (S/N.)	Otros.....	
Recuento Linfocitos.....		Recuento Carga viral.....			
Farmacológicos					
Se medica con antirretrovirales			(Mono/ Doble Triple)	Fecha.....	
Crixivan	Epivir	Hivid	Invirase	Norvir	Retrovir Videx Viracept Viramune Zerit
Alguno le crea problemas S/N..... ¿De que tipo?.....					
Evalúe su intensidad de 1 a 10.....Observaciones.....					
Otra terapia alternativa? (S/N.).....Tratamientos s concomitantes.....					
Psicológicos					
Antecedentes (S/N.)..... Motivo Demanda.....					
Recursos (Accede o posee) Social (S/N.) Familiar (S/N.) Econ. (S/N.) S/N.)					
Principal Preocupación Psicológica.....Otros síntomas (S/N.).....					
Próxima Visita (S/N.).....Pase de test (S.N.).....Sistema tbjo.....					
Observaciones.....					
Estilo de vida					
Tabaquismo (N. M. S. R.)*		Alcoholismo (N. M. S. R.)*		Toxicomanías (N. M. S. R.)*	
Efectúa habitualmente 3/4 comidas diarias? (S/N.)					
Duerme habitualmente 6-8 horas diarias (S/N.)					

Sociales

Actualmente vive: (Solo/a, En pareja, Familia, (C. Penitenciario), Otros.....

Convive/trabaja con alguna otra persona con VIH (S/N.) (El/Ella ¿se medica?)

Comparte su situación VIH con las personas allegadas (S/N.).....Causas.....

Ellos/as son partidarios/as del uso de estos fármacos (S/N.) ¿Colaboran? (S/N.).....

Puede hablar sobre los tratamientos s con otras personas S/N..... (+ o -)

Piensa que el tratamiento es..... (Imprescindible Necesario Conveniente Dañino)

Con que frecuencia toma la medicación (Siempre Regularmente A veces Nunca)

Que número de comprimidos toma todos los días.....(No recuerda).....

Utiliza algún sistema en especial para acordarse de tomarlos (S/N.).....

En que momento del día le resulta más complicado tomar los medicamentos
Mañana* Mediodía* Trabajo* Noche*

Información VIH

Evalúe Nivel información sobre tratamientos (Buena, Regular, Insuficiente Defectuosa)

A partir de la información recibida por parte de los profesionales de Sanidad

Cree conveniente establecer largos periodos de descanso en la terapia (S/N.).....

Piensa que es bueno que aumente la carga viral (S/N.).....

Piensa que es bueno que baje el nivel de CD4 en sangre (S/N.).....

En su caso, ¿Cree que es buena la aparición de resistencias cruzadas?.....

En general en VIH ¿Que valor debe aumentar?..... ¿Cual debe disminuir?.....

Respecto a las explicaciones recibidas por parte del médico comprende Vd.

Muy poco Algo Bastante Todo

Evalúe en una escala de 1 a 10 información/trato recibidos en farmacia.....



En su opinión ¿cual sería la forma ideal para tomar la medicación?.....

Cumplimiento

¿Porque cree que otras personas VIH, no siguen correctamente los tratamientos?
(Señale cuantas opciones considere necesarias).

- 1 - N° elevado de comprimidos diarios
- 2 - Instrucciones poco claras, complicadas o difíciles de seguir
- 3 - Olvidos, despistes por preocupaciones cotidianas
- 4 - Alteraciones en los ritmos de las comidas
- 5 - Desconfianza de sus posibles efectos benéficos
- 6 - Tener que dar explicaciones a otro/as sobre esos fármacos (-pareja-trabajo- familia)
- 7 - No tener a nadie a quien dar explicaciones (soledad)
- 8 - No asumir la enfermedad (Social) o su cronicidad (Biológico) -Ambos-
- 9 - Temor a los efectos secundarios
- 10 - El hecho de tenerlos que tomar durante tanto tiempo



En su caso: ¿Cuales son las causas más habituales?

- 1 - N° elevado de comprimidos diarios
- 2 - Instrucciones poco claras, complicadas o difíciles de seguir
- 3 - Olvidos, despistes por preocupaciones cotidianas
- 4 - Alteraciones en los ritmos de las comidas
- 5 - Desconfianza de sus posibles efectos benéficos
- 6 - Tener que dar explicaciones a otro/as sobre esos fármacos (-pareja-trabajo-familia)
- 7 - No tener a nadie a quien dar explicaciones (soledad)
- 8 - No asumir a enfermedad (Social) o su cronicidad (Biológico) -Ambos-
- 9 - Temor a los efectos secundarios
- 10 - El hecho de tenerlos que tomar durante tanto tiempo
- 11 - ¿Personalmente, añadiría Vd. alguna mas?.....

Por último, rogamos evalúe el trato recibido por el profesional correspondiente:

Médico	Enfermería	Farmacia	Psicólogo	T. Social
Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno
Regular	Regular	Regular	Regular	Regular
Malo	Malo	Malo	Malo	Malo

*** Agradecemos su colaboración *

LIBRA 2

1.- I	
Apellidos	Nombre
FN	NHC
Id	V N°
D r	S x
V v	Fecha visita
2.- B	
Dgto	V
Etd	PRep
CD4	C Viral
3.- F	
Md	Fecha medica
Agenerase	Combivir
Retrovir	Sustiva
P F	Tipo
4.- C	
COTP	S M
A+M	V +
A-M	V -
Ayer	C2
CLT	VNC
5.- Ps	
APs	APsq
AFam	ALab
PT	Test +
HD	HA
PDF	Otro DP
6.- Ev	
Tbq	Alc
Comidas	Dormir
7.- Af	
Qué pensó	Qué hizo
Ventajas V	Valor
Dificultades V	Valor
8.- E	
ITrat	IMed
Enfer	TSoc
TEsp	Conf
9.- S	
EP	DO
Inac	Éxitus

LIBRA 3



Hospital General Universitario Unidad de Enfermedades Infecciosas

Hoja Registro Datos

1- D

Apellidos _____ Nombre _____
 F N _____ NHC _____ Id _____ V N°

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	>>15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	------

 D r _____ S x

H	M
---	---

 E C

S	C	D	V
---	---	---	---

 H j

S	N
---	---

 S L

Tb	P	Bj	Pst	Est	CA
----	---	----	-----	-----	----

 N C

B	M	A
---	---	---

 V v

Sl	Pj	Fm	Cp	Ot
----	----	----	----	----

 Fecha visita _____

2- B

Dgto _____ V

S	D	V	H	Ns
---	---	---	---	----

 PNer

S	N
---	---

 PDig

S	N
---	---

 PDer

S	N
---	---

 PVas

S	N
---	---

 Etd

A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
----	----	----	----	----	----	----	----	----

 PRep

S	N
---	---

 POnc

S	N
---	---

 PVis

S	N
---	---

 PMdo

S	N
---	---

DSM-IV			
1	2	3	4

 CD4 _____ C Viral _____ PHep

S	N
---	---

 PMot

S	N
---	---

 PMuc

S	N
---	---

 PSx

S	N
---	---

1	2	3	4
---	---	---	---

3- F

Md

S	N	E	D
---	---	---	---

 Fecha medica _____ T C _____ Fármacos _____
 Agenerase ☐ Combivir ☐ Crixivan ☐ Epivir ☐ Fortovase ☐ Hivid ☐ Invirase ☐ Kaletra ☐ Norvir ☐
 Retrovir ☐ Sustiva ☐ Trizivir ☐ Videx ☐ Viracep ☐ Viread ☐ Viramune ☐ Zerit ☐ Ziagen ☐

4- C

COTP

S	N
---	---

 S M

S	N
---	---

 Col

S	N
---	---

 CCPA

S	N
---	---

 C1 _____
 Semana

S	N
---	---

 C4 _____ CLT

S	N
---	---

 VNC

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5- Ps.

APs

S	N
---	---

 APsq

S	N
---	---

 Motivo demanda _____
 AFam

S	N
---	---

 ASoc

S	N
---	---

 Econ

S	N
---	---

 PV

S	N
---	---

 ST _____
 PT

S	N
---	---

 Test + _____ HA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 HD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 PDF _____ Otro DP _____

6- E V

Tbq

R	S	M	N
---	---	---	---

 Alc

R	S	M	N
---	---	---	---

 Txs

R	S	M	N
---	---	---	---

 Prj _____ I S

Hm	Ht	Bi
----	----	----

7- Af.

Qué pensó _____
 Qué hizo _____

AFRONTAMIENTO

Fecha Id. Sexo Medica Fecha Diagnóstico

A partir de su diagnóstico:

🚦 Que pensó

1- Nada 2- Muerte 3-Insosportable 4-Rechazo 5-Castigo

🚦 Que hizo

1- Nada 2- Aislarse 3-Drogas/Suicidio 4- B. Apoyo 5-B. Info. Hospital

🚦 Ventajas Virus

1- No 2-Cambio actitud Más racional 3-Se cuida

🚦 Inconvenientes Virus

🚦 1- Complicaciones generales 2- P. Sociales 3- Peor Salud

🚦 Prioridades actuales

1-Calidad Vida 2- Cambiar conducta/estilo vida 3- Familia 4-Salud

🚦 Estrategias/Recursos

1-Carece 2-Actividad/Distracciones 3-Busca Recursos 4-Se cuida

LIPODISTROFIA

Fecha

Id.

Sexo.....H.....M..... Edad -25 años.... 25/35 años ... 35/45 años.. >45 años

Diagnostico VIH..... Se medica Sí No..... Desde.....

Antirretrovirales Utilizados.....

Observaciones.....

Nivel cumplimiento Tratamientos....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10.....

Tiene lipodistrofia Sí / No Desde cuando.....

En que grado cree le afecta la lipodistrofia 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evalúe como le afecta la lipodistrofia



Aspecto personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psicológicamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones afectivas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Cuál es el aspecto más preocupante?.....

EVALUACION GRUPO DE APOYO CURSO

Fecha..... Id. Edad: - 25años.....25/35...35/45.....> 45 años.....Sexo

A) Tu asistencia al grupo ha contribuido a mejorar:

Información Virus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relación terapéutica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepción fármacos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B) Tu relación con los componentes del grupo ha contribuido a mejorar:

Autoestima	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones personales/Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relaciones sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepción personas VIH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C) Aspectos generales del grupo y su funcionamiento

¿Deseas exista grupo el próximo curso? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cual es tu nivel de participación? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo mejor del grupo.....

Lo peor del grupo.....

Sugerencias/Observaciones.....

HOJA REGISTRO DISFUNCIONES SEXUALES

Nº Id.....

Fecha V	Sexo	Edad	Vv
Md(S/N)	Fecha Md.	C. Sustancias Tóxicas	()
Motivo de la demanda.....		Criterios del DSM IV.....	
Habitual durante su vida (Primario o Secundario)		Inicio P.....	
Evaluación grado de satisfacción sexual actual. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10...			
Problema persiste o varía en situaciones		Siempre A veces.....	
A que atribuye la disfunción		Tratamientos Preocupaciones Virus Otros	
Si ha buscado ayuda profesional para resolver la situación. (S/N)			
Tipo profesionales que le atendieron.		Médico/a Sexólogo/a Psicólogo/a Otros	
Diagnóstico recibido.....			
Tratamiento que sigue para resolver P. Sexual		Médico/a Sexólogo/a Psicólogo/a Otros	
Evaluación grado de satisfacción sexual final. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10...			
FECHA FINAL			

<p>Anexo II. VARIABLES: Abreviaturas Descripción Frecuencias</p>
--

Indice de abreviaturas

Demográficas:

- N: Número de sujetos.
- Ed: Edad.
- Id: Preferencia sexual.
- EC: Estado Civil.
- Hj: Hijos.
- SL: Situación Laboral.
- NC: Nivel Cultural,
- Vv: Tipo de vivienda.

Biológicas:

- MsDg: Meses desde diagnóstico VIH
- V: Vía de transmisión.
- Et: Estadio clínico.
- CD4: Número células Cd4 iniciales.
- Cd4F: Número células Cd4 finales.
- CV: Carga Viral inicial.
- CVF: Carga Viral final.

Farmacológicas:

- Md: Si se medica.
- MsMd: Meses desde tratamientos antirretrovirales.

Psicológicas:

- APsc: Antecedentes psicológicos.
- Apsq: Antecedentes Psiquiátricos.
- MotD: Motivo demanda.
- AFam: Apoyo Familiar.
- PPP: Principal preocupación psicológica.
- T.Int: Tipo intervención realizada.
- VNº: Número de consultas
- HA: Nivel Ansiedad final.
- HD: Nivel Depresión inicial.
- HAF: Nivel Ansiedad final.
- HDF: Nivel Depresión final.

Cumplimiento:

- CCPA: Compartir con allegados
- Causa: Causa por la que comparte o no.
- CLT: Capacidad llevar a cabo tratamiento.
- VNC: Valor nivel cumplimiento.

Sexualidad:

- PSx/DS.: Problemas Sexuales/Disfunción sexual.
- Txs: Consumo tóxicos.
- BAP: Búsqueda ayuda Profesional.
- MsTSx: Meses en terapia psicosexual.
- SSI: Satisfacción Sexual inicial.
- SSF: Satisfacción Sexual final.

Definición operativa de las variables

SOCIODEMOGRÁFICAS

Año inclusión (Nominal)

1- 1998/1999/20000

2- 2001/2002

3- 2003/2004/2005

Edad (Cuantitativa discreta de Intervalo)

1- < 30

2- 30-40

3- 40-55

4- >55

Género (Dicotómica)

1- Hombre

2- Mujer

Estado Civil (Nominal)

1- Soltero/a

2- Casado/a

3- Separado/a

4- Viudo/a

Hijos (Dicotómica)

1- Sí

2- No

Situación Laboral (Nominal)

1- Pensionista

2- Paro

3- Baja

4- Activo/a

Nivel Cultural (Ordinal)

1- Bajo

2- Medio

3- Alto

Vivienda (Nominal)

1- Prisión/Otros

2- Solo/a

3- Pareja

4- Familia

Preferencia Sexual (Nominal)

- 1- Heterosexual
- 2- Bisexual
- 3- Homosexual

VIH: CLÍNICAS

Tiempo diagnóstico VIH (Cuantitativa discreta de Intervalo)

- 1- < 6 Meses
- 2- 6-18 Meses
- 3- 18-30 Meses
- 4- >30 Meses

Vía transmisión (Nominal)

- 1- Sexual
- 2- Drogas
- 3- Otros

Estadio enfermedad (Clasificación Atlanta 1994)

- 1- A1
- 2- A2
- 3- A3
- 4- B1
- 5- B2
- 6- B3
- 7- C1
- 8- C2
- 9- C3

Cd4 Iniciales (Numérica)

CD4 Finales (Numérica)

Viremia Inicial (Numérica)

Viremia Final (Numérica)

VIH: FARMACOLÓGICAS

Situación Medicación (Nominal)

- 1- Se medica
- 2- No se medica
- 3- Dejó de medicarse
- 4- Interrupción pauta de tratamiento (Stop)

Tiempo medicación (Numérica)

Tratamientos Antirretrovirales (Dicotómicas)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1- Crixivan (Sí/No) | 8- Trizivir (Sí/No) |
| 2- Epivir (Sí/No) | 9- Videx (Sí/No) |
| 3- Kaletra (Sí/No) | 10- Viracept (Sí/No) |
| 4- Invirase (Sí/No) | 11- Viramune (Sí/No) |
| 5- Norvir (Sí/No) | 12- Zerit (Sí/No) |
| 6- Retrovir (Sí/No) | 13- Ziagen |
| 7- Sustiva (Sí/No) | |

PSICOLÓGICAS

Antecedentes psicológicos previos VIH (Dicotómica)

- 1- Sí
- 2- No

Antecedentes psiquiátricos previos VIH (Dicotómica)

- 1- Sí
- 2- No

Motivo consulta (Nominal)

- 1- Programas/Estudios del Hospital
- 2- Información Aspectos Puntuales VIH
- 3- Diagnóstico VIH
- 4- Deterioro/Ingreso Hospitalario
- 5- Problemas Sexuales
- 6- VIH y Familia
- 7- Cumplimiento
- 8- Afrontamiento
- 9- Adicciones, Violencia, Fugas,
- 10- Autolisis, Crisis

Apoyo Familiar (Dicotómica)

- 1- Sí
- 2- No

Sistema de trabajo a utilizar (Nominal):

- 1- Asesoramiento
- 2- Reestructuración Cognitiva
- 3- Reestructuración área sexualidad
- 4- Derivar por impropio

Nº visitas realizadas (Numérica)

HAD Ansiedad inicial (Puntuación 1/21)

HAD Ansiedad final (Puntuación 1/21)

HAD Depresión Inicial (Puntuación 1/21)

HAD Depresión final (Puntuación 1/21)

Principal Preocupación Psicológica (Nominal):

- 1- Ansiedad
- 2- Depresión
- 3- Alteraciones adaptación (estrés)
- 4- Sentimiento de culpa
- 5- Problemas sexuales
- 6- Distorsiones cognitivas
- 7- Respuestas fóbicas
- 8- Adicciones activas
- 9- Trastornos psiquiátricos

PSICOLÓGICAS: CUMPLIMIENTO

Comparte el diagnóstico con personas allegadas (Dicotómica)

- 1- Sí
- 2- No

Causas Por las que comparte o no (Nominal)

- 1- Sí con una persona apoyo
- 2- Sí Con varias personas apoyo
- 3- No por temor rechazo
- 4- No por temor Impacto social en su entorno

¿Se siente capacitado para seguir el tratamiento? (Dicotómica)

- 1- Sí
- 2- No

Grado de cumplimiento autoinformado (Ordinal)

Escala de 1 a 10.

PSICOLÓGICAS: AFRONTAMIENTO

Al ser diagnosticado ¿Qué pensó? (Nominal)

- 1- Nada en especial
- 2- Muerte
- 3- Insoportable
- 4- Rechazo
- 5- Castigo

Al ser diagnosticado ¿Qué hizo? (Nominal)

- 1- Nada en especial
- 2- Aislarse, huir
- 3- Drogas, intento autolisis
- 4- Buscar apoyo (amigos, familia)
- 5- Buscar información y recursos, Hospital ONG

SEXUALIDAD

Motivo Demanda (DSM-IV-TR) (Nominal)

- 1- Deseo
- 2- Excitación
- 3- Orgasmo
- 4- Resolutiva

Temporal (Dicotómica)

- 1- Trastorno Primario
- 2- Trastorno Secundario

Inicio: Año (Numérica)

Situacional (Dicotómica)

- 1- Siempre
- 2- Situaciones

Atribución (Nominal)

- 1- Fármacos
- 2- Preocupaciones
- 3- Virus
- 4- Otros

Búsqueda ayuda profesional (Dicotómica)

1- Sí

2- No

¿Ha recibido algún tratamiento? (Nominal)

1- Médico

2- Sexólogo

3- Psicólogo

4- Otros

Consumo tóxicos:

1- Alto

2- Medio

3- No

4- Deshabitado/a

SSI (Satisfacción Sexual 1ª entrevista) (Ordinal)

(Escala 1/10)

SSF (Satisfacción sexual última entrevista)(Ordinal)

(Escala 1/10)

	N	Mínimo	Máximo	Media		Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Ed	700	14	78	38,214286	0,3362974	8,8975939	0,8523847	0,0923844
Sx	700	1	2	1,3214286	0,0176645	0,4673588	0,7663623	0,0923844
IS	700	1	3	1,4185714	0,0294496	0,7791622	1,4279449	0,0923844
EC	700	1	4	1,5042857	0,0270864	0,7166397	1,5052248	0,0923844
Hj	700	0	1	0,3071429	0,0174483	0,461639	0,8379264	0,0923844
SL	700	1	5	3,3314286	0,0623655	1,6500351	-0,406141	0,0923844
NC	700	1	3	1,6628571	0,0237689	0,6288649	0,4062379	0,0923844
Vv	700	1	5	2,9885714	0,0389393	1,0302357	-0,331378	0,0923844
MsDg	700	0	204	72,358571	1,9182309	50,751618	0,2482332	0,0923844
V	700	1	4	1,5057143	0,0203674	0,5388712	0,5273893	0,0923844
Etd	700	1	9	5,6842857	0,1198066	3,1697847	-0,243664	0,0923844
CD4	700	2	1647	427,39714	11,973339	316,78477	0,9408126	0,0923844
CD4F	620	2	1745	494,05429	11,812141	312,51988	0,8413005	0,0923844
CV	700	-200	5480200	90634,134	10532,743	278670,18	11,30493	0,0923844
CVF	620	-200	850000	49715,669	5528,1078	146259,98	3,7985187	0,0923844
MD	700	1	4	1,3471429	0,0271489	0,7182919	2,2768629	0,0923844
MsMd	576	0	183	35,539931	1,3950732	33,481756	1,3096027	0,1017976
Crix	700	0	1	0,1642857	0,0140149	0,3707996	1,8159471	0,0923844
Epivir	700	0	1	0,48	0,0188966	0,4999571	0,0802361	0,0923844
Kalet	700	0	1	0,0328571	0,0067425	0,1783901	5,2523261	0,0923844
Invira	700	0	1	0,0442857	0,0077814	0,2058763	4,4397545	0,0923844
Norvir	700	0	1	0,0714286	0,009741	0,2577235	3,3353526	0,0923844
Retro	700	0	1	0,1728571	0,014302	0,3783941	1,7340663	0,0923844
Susti	700	0	1	0,1628571	0,0139658	0,3694993	1,8300921	0,0923844
Trizi	700	0	1	0,0471429	0,0080165	0,2120959	4,2825413	0,0923844
Videx	700	0	1	0,2228571	0,0157407	0,4164608	1,3347569	0,0923844
Virac	700	0	1	0,2985714	0,0173092	0,4579587	0,8822007	0,0923844
Viram	700	0	1	0,0542857	0,0085701	0,2267426	3,9427204	0,0923844
Zerit	700	0	1	0,5057143	0,0189105	0,5003248	-0,022908	0,0923844
Ziagen	700	0	1	0,0385714	0,0072837	0,1927089	4,8025875	0,0923844
MotD	700	1	10	4,3128571	0,0971964	2,5715746	0,3988014	0,0923844
APsc	700	0	1	0,2642857	0,0166783	0,4412674	1,0714123	0,0923844
APsq	700	0	1	0,3	0,0173329	0,4585852	0,8747471	0,0923844
AFam	700	0	1	0,6571429	0,0179534	0,4750036	-0,663545	0,0923844
PPP	700	1	9	4,1771429	0,0970443	2,5675521	0,5390323	0,0923844
T.Int	700	1	4	1,6214286	0,0297369	0,7867633	1,2914629	0,0923844
VNº	700	1	30	4,39	0,1665738	4,4071294	1,926349	0,0923844
HA	361	2	21	12,739612	0,2153598	4,0918359	-0,41779	0,1283891
HAF	250	2	19	10,424	0,1976186	3,1246243	-0,200569	0,1540006
HD	361	0	21	10,113573	0,2335434	4,4373239	0,0852114	0,1283891
HDF	250	0	19	8,524	0,238144	3,7653866	0,0368028	0,1540006
CCPA	700	0	1	0,5042857	0,018911	0,5003391	-0,01718	0,0923844
Causa	700	1	4	2,5142857	0,0458553	1,2132183	-0,002086	0,0923844
CLT	700	0	1	0,6242857	0,0183182	0,4846531	-0,514355	0,0923844
VNC	437	3	10	7,1235698	0,0617847	1,2915811	-0,160893	0,1167755
Pensó	426	1	5	2,3779343	0,0619196	1,2780063	0,61041	0,1182631
Hizo	426	1	5	2,6525822	0,068381	1,4113674	0,3298076	0,1182631
PSx	700	0	1	0,4471429	0,0188058	0,4975538	0,2130768	0,0923844
HR	700	0	1	0,0671429	0,0094661	0,2504482	3,4665645	0,0923844
DSMIV	313	1	4	2,1214058	0,054248	0,9597452	0,5866285	0,137796
Txs	700	1	4	2,8742857	0,0349282	0,9241143	-0,751695	0,0923844

VIH: Disfunción Sexual y Antirretrovirales

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Año	180	1	3	1,561	0,734	0,902	0,181
Ed	180	23	67	38,067	7,631	0,560	0,181
Sx	180	1	2	1,306	0,462	0,851	0,181
IS	180	1	3	1,661	0,910	0,725	0,181
EC	180	1	4	1,478	0,664	1,182	0,181
Hj	180	0	1	0,267	0,443	1,064	0,181
SL	180	1	5	3,894	1,523	-1,087	0,181
NC	180	1	3	1,900	0,652	0,103	0,181
Vv	180	1	5	3,172	0,890	-0,346	0,181
MsDg	180	0	180	64,983	51,734	0,430	0,181
V	180	1	3	1,328	0,482	0,890	0,181
Etd	180	1	9	5,200	3,102	0,003	0,181
CD4	180	7	1647	476,783	329,339	0,784	0,181
CD4F	180	24	1745	582,039	341,698	0,775	0,181
CV	180	-200	1085000	77921,150	196491,125	3,109	0,181
CVF	180	-200	840000	35212,311	109763,750	4,407	0,181
MD	180	1	4	1,339	0,785	2,473	0,181
MsMd	157	0	166	30,471	30,127	1,740	0,194
Crix	180	0	1	0,256	0,437	1,130	0,181
EpiVir	180	0	1	0,528	0,501	-0,112	0,181
Kalet	180	0	1	0,017	0,128	7,615	0,181
Invira	180	0	1	0,078	0,269	3,180	0,181
Norvir	180	0	1	0,117	0,322	2,408	0,181
Retro	180	0	1	0,194	0,397	1,557	0,181
Susti	180	0	1	0,172	0,379	1,751	0,181
Trizi	180	0	1	0,017	0,128	7,615	0,181
Videx	180	0	1	0,267	0,443	1,064	0,181
Virac	180	0	1	0,261	0,440	1,097	0,181
Viram	180	0	1	0,083	0,277	3,041	0,181
Zerit	180	0	1	0,578	0,495	-0,318	0,181
Ziagen	180	0	1	0,044	0,207	4,458	0,181
MotD	180	1	10	5,200	2,134	0,270	0,181
APsc	180	0	1	0,433	0,497	0,271	0,181
APsq	180	0	1	0,433	0,497	0,271	0,181
AFam	180	0	1	0,750	0,434	-1,164	0,181
PPP	180	1	9	4,611	2,231	0,355	0,181
T.Int	180	1	4	2,356	0,585	1,258	0,181
VNº	180	2	30	8,183	5,348	1,261	0,181
HA	180	2	21	14,017	3,436	-0,522	0,181
HAF	180	2	19	10,350	3,110	-0,090	0,181
HD	180	0	20	11,044	4,132	0,010	0,181
HDF	180	0	17	8,456	3,569	0,057	0,181
CCPA	180	0	1	0,439	0,498	0,248	0,181
Causa	180	1	4	2,739	1,248	-0,278	0,181
CLT	180	0	1	0,706	0,457	-0,910	0,181
VNC	127	4	10	7,094	1,365	0,150	0,215
Pensó	75	1	5	2,813	1,477	0,357	0,277
Hizo	75	1	5	2,520	1,190	0,817	0,277
PSx	180	1	1	1,000	0,000		
DSMIV	180	1	4	2,122	0,949	0,585	0,181
Txs	180	1	4	3,061	0,694	-0,993	0,181

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Año	47	1	2	1,383	0,491	0,497	0,347
Ed	47	24	67	39,298	9,378	0,655	0,347
Sx	47	1	2	1,234	0,428	1,298	0,347
IS	47	1	3	1,979	0,967	0,044	0,347
EC	47	1	4	1,447	0,717	1,676	0,347
Hj	47	0	1	0,234	0,428	1,298	0,347
SL	47	1	5	3,957	1,601	-1,256	0,347
NC	47	1	3	2,021	0,737	-0,034	0,347
Vv	47	2	4	3,106	0,890	-0,215	0,347
MsDg	47	0	156	61,532	49,546	0,339	0,347
V	47	1	3	1,191	0,449	2,342	0,347
Etd	47	1	9	5,574	3,147	-0,152	0,347
CD4	47	24	1299	467,723	324,430	0,904	0,347
CD4F	47	24	1745	635,553	351,762	0,802	0,347
CV	47	-200	820000	84711,979	202720,152	2,778	0,347
CVF	47	-50	382000	34015,447	94750,556	3,070	0,347
MD	47	1	4	1,383	0,898	2,342	0,347
MsMd	42	0	65	27,000	20,851	0,337	0,365
Crix	47	0	1	0,277	0,452	1,032	0,347
Epivir	47	0	1	0,489	0,505	0,044	0,347
Kalet	47	0	0	0,000	0,000		
Invira	47	0	1	0,128	0,337	2,306	0,347
Norvir	47	0	1	0,064	0,247	3,687	0,347
Retro	47	0	1	0,170	0,380	1,813	0,347
Susti	47	0	1	0,149	0,360	2,038	0,347
Trizi	47	0	0	0,000	0,000		
Videx	47	0	1	0,277	0,452	1,032	0,347
Virac	47	0	1	0,319	0,471	0,802	0,347
Viram	47	0	1	0,128	0,337	2,306	0,347
Zerit	47	0	1	0,638	0,486	-0,595	0,347
Ziagen	47	0	1	0,043	0,204	4,683	0,347
MotD	47	5	5	5,000	0,000		
APsc	47	0	1	0,404	0,496	0,403	0,347
APsq	47	0	1	0,404	0,496	0,403	0,347
AFam	47	0	1	0,745	0,441	-1,160	0,347
PPP	47	1	8	4,426	1,741	-0,102	0,347
T.Int	47	3	3	3,000	0,000		
VNº	47	3	30	10,255	5,573	1,514	0,347
HA	47	2	21	12,170	3,841	-0,237	0,347
HAF	47	2	15	8,489	2,933	-0,221	0,347
HD	47	0	19	8,830	4,280	0,329	0,347
HDF	47	0	14	6,319	3,558	0,146	0,347
CCPA	47	0	1	0,532	0,504	-0,132	0,347
Causa	47	1	4	2,660	1,323	-0,097	0,347
CLT	47	0	1	0,787	0,414	-1,450	0,347
VNC	37	5	10	7,730	1,217	-0,229	0,388
Pensó	18	2	5	3,278	1,274	0,371	0,536
Hizo	18	2	5	3,056	1,162	0,387	0,536
DSMIV	47	1	4	2,128	1,096	0,669	0,347
Temp	47	2	2	2,000	0,000		
Inic	47	8	144	32,681	28,189	2,399	0,347
Sit	47	1	2	1,872	0,337	-2,306	0,347
Atri	47	1	4	2,319	1,002	-0,017	0,347
BAP	47	0	1	0,149	0,360	2,038	0,347
TProf	7	1	4	2,000	1,414	0,990	0,794
MsTSx	47	3	19	9,255	4,147	0,441	0,347
Txs	47	1	4	3,000	0,511	-2,045	0,347
SSI	47	1	6	4,447	1,265	-0,985	0,347
SSF	47	4	8	6,021	1,189	0,120	0,347

**Anexo III. FÁRMACOS:
Descripción Efectos Adversos**

**INHIBIDORES TRANSCRIPTASA INVERSA ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS.
(ENERO 2006)**

NOMBRE GENÉRICO	ZIDOVUDINA AZT	DIDANOSINA DDI	ZALCITABINA DDC	ESTAVUDINA D4T	LAMIVUDINA 3TC	EMTRICITABINA FTC	ABACAVIR ABC	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO (TDF)
Nombre comercial	<i>Retrovir® Zidovudina Combin o Pharm® *Combivir® **Trizivir®</i>	<i>Videx®</i>	<i>Hivid®</i>	<i>Zerit®</i>	<i>Epivir® *Combivir® **Trizivir® ***Kivexa®</i>	<i>Emtriva® Truvada®¹</i>	<i>Ziagen® **Trizivir® ***Kivexa®</i>	<i>Viread® Truvada®¹</i>
Dosis recomendada	250-300 mg BID	<60 Kg.: 250 mg QD ó 125 mg BID >60 Kg: 400 mg QD ó 200 mg BID	0,75 mg TID	<60 Kg: 30 mg BID >60 mg: 40 mg BID	150 mg BID 300 mg QD	200 mg QD	300 mg BID 600 mg QD	300 mg QD
Presentaciones comerciales	caps. 100, 250 mg y comp 300 mg. sol. oral 10 mg/mL vial i.v. (10 mg/mL)	comp 25, 50, 100, 150 y 200 mg. cáps entéricas de 125, 200, 250 y 400 mg. sol. oral 5 y 10 mg/mL	comp 0.75 mg	caps. 15, 20, 30 y 40 mg sol. oral 1mg/mL	comp. 150 mg comp. 300 mg sol. oral 10 mg/mL	cáps 200 mg comp 200 mg FTC+300 mg TDF ¹	comp. 300 mg sol. oral 20 mg/mL	comp. 300 mg comp 200 mg FTC+300 mg TDF ¹
Biodisponibilidad oral	60-70%	30-40% Espaciar 2h con algunos fármacos ²	85% Espaciar 2h con antiácidos e isoniácida	85%	85%	93% (cáps) 75% (sol oral)	83%	Con alimentos (recomendado): 40% (en ayunas 25%)
Vida media Suero	1,1 horas	1,6 horas	1,2 horas	1 hora	5-7 horas	10 horas	1,5 horas	12-18 horas
Vida media intracelular	7-10 horas	25 horas	3 horas	3,5 horas	16-19 horas	39 horas	12-26 horas (carbovir trifosfato).	12-15 horas (en linfocitos activados) 33-50 horas (en el resto de linfocitos)

NOMBRE GENÉRICO	ZIDOVUDINA AZT	DIDANOSINA DDI	ZALCITABINA DDC	ESTAVUDINA D4T	LAMIVUDINA 3TC	EMTRICITABINA FTC	ABACAVIR ABC	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO (TDF)
Cmax	1,8 mcg/mL (6,7 mcM)	0,9 mcg/mL (3,8 mcM)	0,012 mcg/mL (0,0568 mcM)	0,85 mcg/mL (3,79 mcM)	1,5 mcg/mL (6,54 mcM)	1,8 mcg/mL (7,8 mcM)	3,0 mcg/mL (10,7 mcM)	0,326 mcg/mL (1,2 mcM)
CI50	0,061 mcg/mL (0,23 mcM)	0,116 mcg/mL (0,49 mcM)	0,006-0,1 mcg/mL (0,03-0,5 mcM)	0,002-0,9 mcg/mL (0,0089-4 mcM)	0,002-0,3 mcg/mL (0,0087-1,308 mcM)	0,00032-0,124 mcg/mL (0,0013-0,5 mcM)	0,07-1,04 mcg/mL (0,26-3,7 mcM)	0,3-1,8 mcg/mL (1-6 mcM)
Penetración en LCR	50-85%	20%	20%	40%	10%	No se dispone de datos	27-33%	No se dispone de datos
Actividad	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2 VHB	VIH-1,2 VHB	VIH-1,2	VIH-1,2 VHB
Restricción dietética	No	Sí, administrar en ayunas	No	No	No	No	No	Sí, administrar junto con alimentos

NOMBRE GENÉRICO	ZIDOVUDINA AZT	DIDANOSINA DDI	ZALCITABINA DDC	ESTAVUDINA D4T	LAMIVUDINA 3TC	EMTRICITABINA FTC	ABACAVIR ABC	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO (TDF)
Metabolización Excreción	Glucuronidación hepática (a AZT-glucurónido) Renal (15% inalterado)	Hepática 50% Renal (50% inalterado)	Hepática 5-10% Renal (60% inalterado) y fecal <10%	Hepática 50% Renal (50% inalterado)	Hepática 5-10% Renal (70% inalterado)	Hepática 13% Renal 86%	Glucuronidación hepática Alcohol deshidrogenasa Renal 83% (2% inalterado)	Metabolismo sistémico escaso. TDF (profármaco) es rápidamente hidrolizado a tenofovir por las esterasas plasmáticas. 70-80% renal inalterado
Seguridad Embarazo (FDA)	C	B	C	C	C	B	C	B
Efectos adversos	Mielosupresión: anemia macrocítica y/o neutropenia a dosis elevadas Cefalea Mareo Intolerancia gastrointestinal. Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Pancreatitis Hiperuricemia Neuropatía periférica Diarrea Náuseas Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Neuropatía periférica Estomatitis Pancreatitis Aumento transaminasas Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Neuropatía periférica Pancreatitis Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³ (mayor incidencia con estavudina que con otros NRTIs) Hiperlipidemia	Intolerancia digestiva Cefalea Fatiga Dolor abdominal Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Cefalea Intolerancia digestiva Exantema cutáneo Elevación CPK Anemia/neutropenia Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Hipersensibilidad (4%) que, en algunos casos, puede ser mortal. Lipodistrofia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³	Intolerancia digestiva Cefalea Dolor abdominal Toxicidad renal: tubulopatía proximal, hipofosfatemia. Astenia Acidosis láctica con esteatosis Hepática ³

AUC : Área bajo la curva; **BID**: dos veces al día; **Cp**: Concentración plasmática; EMEA: Agencia Europea del Medicamento; **NRAD**: No requiere ajuste de dosis; **QD**: una vez al día; **TID**: tres veces al día. *Combivir[®]: asociación a dosis fijas de AZT 300 mg y 3TC 150 mg. **Trizivir[®]: asociación a dosis fijas de AZT 300 mg, 3TC 150 mg y abacavir 300 mg. *** Kivexa[®]: asociación a dosis fijas de abacavir 600 mg y 3TC 300 mg.¹ Próxima comercialización.² El ddl en comprimidos tamponados debe espaciarse con los siguientes fármacos: amprenavir, cimetidina, ciprofloxacino, dapsona, digoxina, etambutol, indinavir, isoniácida, itraconazol, ketoconazol, metronidazol, ofloxacino, propranolol, ribavirina, rifampicina, tetraciclinas.³ Reacción poco frecuente aunque potencialmente muy grave. **Categorías seguridad embarazo (FDA)**: A= ausencia de riesgos para el feto; B= no teratogenicidad en animales, falta de estudios en humanos; C= no datos de seguridad en embarazadas y los estudios en animales muestran toxicidad fetal o no se han realizado y no deben utilizarse dichos fármacos, a menos que el beneficio potencial supere el posible riesgo fetal. NOTA: debido a que la información científica relacionada con los fármacos antirretrovirales se renueva constantemente, se recomienda consultar la ficha técnica de los fármacos y la información actualizada ofrecida por las distintas compañías farmacéuticas y las autoridades sanitarias.

INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO NUCLEÓSIDOS

NOMBRE GENÉRICO	NEVIRAPINA (NVP)	EFAVIRENZ (EFV)
Nombre comercial	<i>Viramune®</i>	<i>Sustiva®</i>
Dosis recomendada	200 mg QD x 14 días seguidas de 200 mg BID	600 mg QD
Presentaciones comerciales	comp. 200 mg Suspensión oral 50 mg/5 mL	caps. 50, 100 y 200 mg y comp. con cubierta pelicular de 600 mg.
Biodisponibilidad oral	> 90%	66% (aumenta con comida con contenido graso)
Cmax	200 mg/24h : 3,6 mcg/mL (13,51 mcM) 400 mg/24h: 4,5 mcg/mL (17 mcM)	(12,9 mcM) 4,07 mcg/mL
Cmin	1,9 mcg/mL (7,13 mcM)	(5,6 mcM) 1,77 mcg/mL
CI 50	0.0026-0.026 mcg/mL (0.01-0.1 mcM)	(CI 90-95) : 0.00014-0.0021 mcg/mL (0,00046-0.0068 mcM)
Actividad	VIH-1	VIH-1

NOMBRE GENÉRICO	NEVIRAPINA (NVP)	EFAVIRENZ (EFV)
Niveles de LCR	45%	69%
Vida media plasmática	25-30 horas	40-50 horas
Restricción dietética	No	Sí (tomar con estómago vacío, antes de acostarse)
Metabolización Excreción	Hepática CYP3A4>2B6>>2D6 Renal 80% (metab. Glucuronidados; □ 5 % inalterado) Heces 10%	Hepática CYP3A4, 2B6 Renal 34% (metabolitos, glucuronidado; □ 1% inalterado) Heces 16-61%
Capacidad de inhibir (reducir el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estos isoenzimas hepáticos)		CYP3A4, CYP2C9, 2C19 (<i>in vitro</i>) (Aunque habitualmente predomina el efecto inductor)
Capacidad de inducir (aumentar el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estos isoenzimas hepáticos)	CYP2B6>3A4 (y autoinduce su propio metabolismo).	CYP3A4 (<i>in vivo</i> ; y autoinduce su propio metabolismo)
Seguridad Embarazo (FDA)	C	C
Efectos adversos	Exantema Aumento de transaminasas y Hepatitis aguda	Exantema Síntomas neuropsiquiátricos Aumento de las transaminasas Teratogenicidad en monos Test de cannabinoides falso-positivo

AUC : área bajo la curva de concentraciones plasmáticas frente al tiempo (exposición al fármaco); **BID**: dos veces al día; Cp: concentración plasmática;

NRAD: No requiere ajuste de dosis; **QD**: una vez al día; **TID**: tres veces al día.

Categorías seguridad embarazo (FDA): A= ausencia de riesgos para el feto; B= no teratogenicidad en animales, falta

de estudios en humanos; C= no datos de seguridad en embarazadas y los estudios en animales muestran toxicidad fetal o no se

han realizado y no deben utilizarse dichos fármacos, a menos que el beneficio potencial supere el posible riesgo fetal.

NOTA: debido a que la información científica relacionada con los fármacos antirretrovirales se renueva constantemente, se recomienda consultar la ficha técnica de los fármacos y la información actualizada ofrecida por las distintas compañías farmacéuticas y las autoridades sanitarias.

INHIBIDORES DE LA PROTEASA- 1ª parte: indinavir, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, amprenavir y fosamprenavir

NOMBRE GENÉRICO	INDINAVIR	RITONAVIR	SAQUINAVIR	NELFINAVIR	AMPRENAVIR	FOSAMPRENAVIR
Nombre comercial	Crixivan®	Norvir®	Invirase® (I) Fortovase® (F)	Viracept®	Agenerase®	(Se comercializará próximamente)
Dosis Recomendación	800 mg TID 800 mg + 100 ó 200 mg de RTV BID ¹ Restricción dietética (en ayunas; sólo en ausencia de RTV) Ingesta abundante de líquidos no carbónicos (mín 1,5 l/día) Espaciar 1 hora ddl y omeprazol	100-400 mg BID; 100-200 mg QD usado como potenciador farmacocinético. 600 mg BID (usado como único IP) Escalada dosis: Día 1: 300 mg (3,25 mL) BID Días 3-5: 400 mg (5 mL) BID Días 5-7: 500 mg (6,25 mL) BID Días >7: 600 mg (7,5 mL) BID. Tomar con alimentos	SQV no potenciado: no se recomienda el uso. SQV potenciado con RTV: se recomienda utilizar Invirase®/RTV 1000/100 mg BID. Administrar con alimentos grasos.	750 mg TID ó 1250 mg BID Tomar con comida grasa	Cápsulas: 1200 mg BID solo. Potenciado con RTV: APV/RTV 600/100 BID ó 1200 mg/200 mg QD Sol. oral: 900 mg BID La sol. oral de APV no puede darse con RTV (posible toxicidad, ya que los excipientes compiten por la misma vía metabólica). Evitar comidas con alto contenido en grasas Espaciar 1 hora ddl y antiácidos	FOS-APV/RTV 700/100 mg c/12h Con ó sin alimentos
Presentación comercial	cáps. 200 y 400 mg	sol. oral 80 mg/mL cáps. 100 mg	(I-F) cáps 200 mg	comp 250 mg polvo (1 cucharilla = 50 mg de NFV)	cáps. 50 y 150 mg sol. oral 15 mg/mL (cáps y sol. oral no intercambiables)	comp 700 mg
Biodisponibilidad Oral	65%	80%	4-8% (F) 16-32%	20-80%	□70% (cápsulas) sol. oral un 14% menor que las cáps.	No hay datos
Vida media plasmática	1,5-2 horas	3-5 horas	(I-F) 1-2 horas	3,5-5 horas	9 horas	7,7 horas

NOMBRE GENÉRICO	INDINAVIR	RITONAVIR	SAQUINAVIR	NELFINAVIR	AMPRENAVIR	FOSAMPRENAVIR
Cmax	8 mcg/mL (12,6 mcM)	11,2 mcg/mL (15,54 mcM)	I: 0,243 mcg/mL (0,32 mcM) F: 2,0 mcg/mL (2,61 mcM)	Pauta 750 mg c/8h: 3 mcg/mL (4,52 mcM) Pauta 1250 mg c/12h: 4 mcg/mL (6 mcM)	5,36 mcg/mL (10,60 mcM)	FOS-APV/RTV 700/100 mg c/12h: 6,08 mcg/mL FOS-APV/RTV 900/200 mg c/24h: 7,24 mcg/mL
Cmin	0,15 mcg/mL (0,25 mcM)	3,7 mcg/mL (5,13mcM)	I: 75 ng/mL F: 216 ng/mL	Pauta 750 mg c/8h: Mañana: 1,4 mcg/mL (2.1 mcM) Noche: 1 mcg/mL (1.5 mcM) Pauta 1250 mg c/12h: Mañana: 2.2 mcg/mL (3.3 mcM) Noche: 0.7 mcg/mL (1.05 mcM)	0,28 mcg/mL (0,554 mcM)	FOS-APV/RTV 700/100 mg c/12h: 2,12 mcg/mL FOS-APV/RTV 900/200 mg c/24h: 1,45 mcg/mL
Concentración inhibitoria	CI90: <0,07 mcg/mL (<0.098 mcM)	CI90: <0,1 mcg/mL (<0.138 mcM)	CI90: 0,1 mcg/mL (0.13 mcM)	CI95: 0.0046-0.13 mcg/mL (0.007-0.196 mcM)	CI50: 0,006 mcg/mL (0.012 mcM) , en células infectadas de forma aguda) (0,20 mcg/mL (0.41 mcM), en células infectadas crónicamente)	
Actividad	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2	VIH-1,2	

NOMBRE GENÉRICO	INDINAVIR	RITONAVIR	SAQUINAVIR	NELFINAVIR	AMPRENAVIR	FOSAMPRENAVIR
Metabolización	CYP3A4>>CYP2D6	CYP3A4, 2D6	CYP3A4	CYP3A4>2C19, 2D6>>posiblemente también 2C9 y 2E1	CYP3A4	
Capacidad de inhibir (reducir el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estas isoenzimas hepáticas)	CYP3A4	CYP3A4>CYP2D6	Inhibidor débil del CYP3A4	CYP3A4 Inhibidor débil de CYP2C19, 2D6 y 1A2 (poco probable que cause interacciones importantes a este nivel)	CYP3A4	
Capacidad de inducir (aumentar el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estas isoenzimas hepáticas)		CYP3A4 (aunque habitualmente predomina el efecto inhibidor), CYP1A2, CYP 2C9, glucuroniltransferasa.				
Seguridad Embarazo (FDA)	C	B	B	B	C	
Efectos Adversos	Nefrolitiasis Intolerancia G-I. Hiperbilirrubinemia Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Intolerancia G-I (vómitos, diarrea) Parestesias orales Hepatitis Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Intolerancia G-I (diarrea) Cefalea transaminasas Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Diarrea Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Intolerancia G-I (diarrea, vómitos) Exantema Cefalea Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	

AUC: área bajo la curva; **BID:** dos veces al día; **Cp:** concentraciones plasmáticas; EMEA: Agencia Europea del Medicamento; **F:** Fortovase®; **I:** Invirase®; **IT:** interacción; **NRAD:** no requiere ajuste de dosis; **NS:** no significativa; **QD:** una vez al día.¹ Pauta no autorizada por la EMEA. Categorías seguridad embarazo (FDA): A= ausencia de riesgos para el feto; B= no teratogenicidad en animales, falta de estudios en humanos; C= no datos de seguridad en embarazadas y los estudios en animales muestran toxicidad fetal o no se han realizado y no deben utilizarse dichos fármacos, a menos que el beneficio potencial supere el posible riesgo fetal. NOTA: debido a que la información científica relacionada con los fármacos antirretrovirales se renueva constantemente, se recomienda consultar la ficha técnica de los fármacos y la información actualizada ofrecida por las distintas compañías farmacéuticas y las autoridades sanitarias.

INHIBIDORES DE LA PROTEASA- 2ª parte: lopinavir/ritonavir, atazanavir, tipranavir

NOMBRE GENÉRICO	LOPINAVIR/RITONAVIR	ATAZANAVIR	TIPRANAVIR
Nombre comercial	Kaletra®	Reyataz ®	(Se comercializará próximamente)
Dosis Recomendación	400/100 mg BID Con EFV o NVP: 533/133 mg (4 cápsulas) BID Tomar con comida	300/100 mg c/24h ó 400 mg c/24h ¹ Tomar con comida	TPV/RTV 500-1250/200-100 mg c/12h Tomar con comida
Presentación comercial	cáps 133/33 mg sol. oral 80/20 mg/mL	cáps 100, 150 y 200 mg	cáps 250 mg
Biodisponibilidad Oral	70% (no determinado en humanos)	Los alimentos aumentan entre un 35 y un 70% los niveles plasmáticos.	Los alimentos aumentan dos veces el AUC de TPV.
Vida media plasmática	5-6 horas	5-8 horas	6 horas
Cmax	10 mcg/mL ABT-378 (15.9 mcM)	---	---
Cmin	5,16 mcg/mL ABT-378 (8.2 mcM)	---	32 mcM (TPV/RTV 500/200 mg c/12h). 67 mcM (TPV/RTV 1200/200 mg c/12h).
Concentración inhibitoria	50:0.062 mcg/mL (0.1 mcM)	50:0.002-0.004 mcg/mL (2.6 - 5.3 nM) 90: 0.007-0.012 mcg/mL (9-15 nM)	0,16-0,2 mcM (aunque, debido a su elevada unión a prot plasmáticas, debería alcanzar entre 0,5 y 1 mcM para mostrar actividad antiviral).
Actividad	VIH-1,2	VIH-1	VIH-1,2

NOMBRE GENÉRICO	LOPINAVIR/ RITONAVIR	ATAZANAVIR	TIPRANAVIR
Metabolización	CYP3A4	CYP3A4	CYP3A4
Capacidad de inhibir (reducir el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estos isoenzimas hepáticos)	CYP3A4>> CYP2D6 (sin embargo no parece que a las concentraciones alcanzadas en clínica tenga un efecto inhibitor importante sobre este último)	CYP3A4 UDP-glucuroniltransferasa 1A1	
Capacidad de inducir (aumentar el metabolismo de los fármacos metabolizados a través de estos isoenzimas hepáticos)	CYP3A4, CYP2C19, CYP2C9 Glucuronconjugación (y autoinduce su propio metabolismo)		CYP3A4
Seguridad Embarazo (FDA)	C	B	No hay datos
Efectos Adversos	Intolerancia G-I (vómitos, diarrea) Cefalea Astenia transaminasas Hiperglicemia Dislipemia Lipodistrofia Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Hiperbilirrubinemia Intolerancia GI (diarrea) Cefalea Los estudios disponibles a las 48 semanas no muestran alteraciones lipídicas relevantes Posible aumento del sangrado en hemofílicos	Intolerancia GI (diarrea) Alteraciones SNC (vértigo, dificultad de concentración, enlentecimiento, cambios de humor). En combinación con RTV, aumento de triglicéridos y transaminasas.

AUC: área bajo la curva; **BID:** dos veces al día; **Cp:** concentraciones plasmáticas; **F:** Fortovase®; **I:** Invirase®; **IT:** interacción; **NRAD:** no requiere ajuste de dosis; **NS:** no significativa; **QD:** una vez al día.

¹ Esta dosis no está autorizada por la EMEA. Sólo para pacientes naive que no toleren atazanavir/ritonavir 300/100 mg c/12h.

Categorías seguridad embarazo (FDA): A= ausencia de riesgos para el feto; B= no teratogenicidad en animales, falta de estudios en humanos; C= no datos de seguridad en embarazadas y los estudios en animales muestran toxicidad fetal o no se han realizado y no deben utilizarse dichos fármacos, a menos que el beneficio potencial supere el posible riesgo fetal.

NOTA: debido a que la información científica relacionada con los fármacos antirretrovirales se renueva constantemente, se recomienda consultar la ficha técnica de los fármacos y la información actualizada ofrecida por las distintas compañías farmacéuticas y las autoridades sanitarias.

INHIBIDORES DE LA FUSIÓN

NOMBRE GENÉRICO	ENFUVIRTIDE (T-20)
Nombre comercial	Fuzeon®
Dosis recomendada	90 mg c/12h s.c.
Presentaciones comerciales	vial de 90 mg
Cmax	4.59 mcg/mL
Cmin	2,6 – 3,4 mcg/mL
CI 50	0,259 mcg/mL
Actividad	VIH-1
Biodisponibilidad	80% (vía s.c.)
Vida media plasmática	3.8h
Metabolización Excreción	Catabolismo en sus aminoácidos constituyentes, que se reciclan. No hay datos
Seguridad Embarazo (FDA)	No hay datos
Efectos adversos	Reacciones locales leve-moderadas en el punto de inyección, dolor de cabeza y fiebre.

NOTA: debido a que la información científica relacionada con los fármacos antirretrovirales se renueva constantemente, se recomienda consultar la ficha técnica de los fármacos y la información actualizada ofrecida por las distintas compañías farmacéuticas y las autoridades sanitarias.

<p>Anexo IV. TRATAMIENTOS: Combinaciones Distribución Disfunción Sexual</p>

Combinaciones de 3 medicamentos

				IP				ITINAN			ITIAN			
				0	1	2	Total	0	1	Total	1	2	3	Total
				Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
PSx	NO	Núm-Med	3	13	39	1	53	38	15	53	4	48	1	53
			Total	13	39	1	53	38	15	53	4	48	1	53
		IP	0					1	12	13	0	12	1	13
			1					36	3	39	3	36	0	39
			2					1	0	1	1	0	0	1
			Total					38	15	53	4	48	1	53
		ITINAN	0								1	36	1	38
			1								3	12	0	15
			Total								4	48	1	53
	SI	Núm-Med	3	32	97	2	131	95	36	131	7	123	1	131
			Total	32	97	2	131	95	36	131	7	123	1	131
		IP	0					1	31	32	0	31	1	32
			1					92	5	97	5	92	0	97
			2					2	0	2	2	0	0	2
			Total					95	36	131	7	123	1	131
		ITINAN	0								2	92	1	95
			1								5	31	0	36
			Total								7	123	1	131
	Total	Núm-Med	3	45	136	3	184	133	51	184	11	171	2	184
			Total	45	136	3	184	133	51	184	11	171	2	184
		IP	0					2	43	45	0	43	2	45
			1					128	8	136	8	128	0	136
			2					3	0	3	3	0	0	3
			Total					133	51	184	11	171	2	184
		ITINAN	0								3	128	2	133
			1								8	43	0	51
			Total								11	171	2	184

Distribución Fármacos: Porcentajes uso de fármacos

DISFUNCIÓN SEXUAL		
Fármaco	Población	%
Crixivan	47	26,11
Epivir	96	53,33
Kaletra	3	1,67
Invirase	14	7,78
Norvir	21	11,67
Retrovir	35	19,44
Sustiva	31	17,22
Trizivir	3	1,67
Videx	49	27,22
Viracept	48	26,67
Viramune	15	8,33
Zerit	107	59,44
Ziagen	8	4,44
PSX	180	

NO DISFUNCIÓN SEXUAL		
Fármaco	Población	%
Crixivan	11	15,71
Epivir	35	50,00
Kaletra	2	2,86
Invirase	4	5,71
Norvir	2	2,86
Retrovir	8	11,43
Sustiva	11	15,71
Trizivir	1	1,43
Videx	15	21,43
Viracept	24	34,29
Viramune	4	5,71
Zerit	42	60,00
Ziagen	5	7,14
NO PSX	70	

Cuadro Resumen Tratamientos

250	POBLACIÓN	%
0 Medic.	40	16,00
1 Medic.	4	1,60
3 Medic.	184	73,60
4 Medic.	21	8,40
5 Medic.	1	0,40
Suma total	250	100

Minicuadro resumen

700	PSX	PSX NO	TOTAL
HAD	180	70	250
HAD NO	133	317	450
TOTAL	313	387	700

Distribución Tratamientos por familias de fármacos (número de fármacos)

21								
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	% de 4 Far.	% de 250	% de 700	
4	2	1	1	3	14,29	1,20	0,43	
4	2	0	2	10	47,62	4,00	1,43	
4	1	1	2	4	19,05	1,60	0,57	
4	1	0	3	2	9,52	0,80	0,29	
4	0	1	3	2	9,52	0,80	0,29	
Total				21	100	8,4	3,00	

184								
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	% de 3f	% de 250	% de 700	
3	2	0	1	3	1,63	1,20	0,43	
3	1	1	1	8	4,35	3,20	1,14	
3	1	0	2	128	69,57	51,20	18,29	
3	0	1	2	43	23,37	17,20	6,14	
3	0	0	3	2	1,09	0,80	0,29	
Total				184	100,00	73,60	26,29	

Distribución Tratamientos por familias de fármacos (tipo de fármaco)

2 o más ITIAN					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	1	0	2	128	
3	0	1	2	43	
3	0	0	3	2	
4	2	0	2	10	
4	1	1	2	4	
4	1	0	3	2	
4	0	1	3	2	
5	2	1	2	1	%
Total				192	76,80

0 ó 1 ITIAN					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	2	0	1	3	
3	1	1	1	8	
4	2	1	1	3	
0	0	0	0	40	
1	0	0	1	4	
					%
Total				58	23,20

0 ITINA					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	2	0	1	3	
3	1	0	2	128	
3	0	0	3	2	
4	2	0	2	10	
4	1	0	3	2	
0	0	0	0	40	
1	0	0	1	4	%
Total				189	75,60

1 ITINA					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	1	1	1	8	
3	0	1	2	43	
4	2	1	1	3	
4	1	1	2	4	
4	0	1	3	2	
5	2	1	2	1	
					%
Total				61	24,40

IP SI					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	2	0	1	3	
4	2	1	1	3	
4	2	0	2	10	
5	2	1	2	1	
3	1	1	1	8	
3	1	0	2	128	
4	1	1	2	4	
4	1	0	3	2	%
Total				159	63,60

IP NO					
Núm-Med	IP	ITINA	ITIAN	Sujetos	
3	0	1	2	43	
3	0	0	3	2	
4	0	1	3	2	
0	0	0	0	40	
1	0	0	1	4	
					%
Total				91	36,40

Anexo IV. TRATAMIENTOS:
Combinaciones Distribución Disfunción Sexual

Distribución de las DS en las fases del ciclo sexual, en función al género (Hombres y Mujeres). Frecuencias absolutas y relativas (N= 700).

Tabla de contingencia: Género y DS en fases ciclo sexual N= 700)

Género	N= 700	DSM-IV-TR				
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	Total
Hombres	Recuento	38	108	51	24	221
	% Género	17,2 %	48,9%	23,1%	10,9%	100,0%
Mujeres	Recuento	51	27	0	14	92
	% Género	55,4 %	29,3%	,0%	15,2%	100,0%
Total	Recuento	89	135	51	38	313
	% Género	28,4 %	43,1%	16,3%	12,1%	100,0%

Distribución DS en las fases del ciclo sexual, en función a la preferencia sexual (Heterosexual, Bisexual, Homosexual). Frecuencias absolutas y relativas. (N= 700).

Tabla de contingencia: Preferencia Sexual y DS en fases ciclo sexual (N= 700)

Preferencia Sexual	N= 700	DSM-IV-TR				
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	Total
Heterosex.	Recuento	64	89	27	21	201
	%	31,8%	44,3%	13,4%	10,4%	100,0%
Bisexual	Recuento	2	10	5	4	21
	%	9,5%	47,6%	23,8%	19,0%	100,0%
Homosex.	Recuento	23	36	19	13	91
	%	25,3%	39,6%	20,9%	14,3%	100,0%
Total	Recuento	89	135	51	38	313
	%	28,4%	43,1%	16,3%	12,1%	100,0%

Distribución DS en las fases del ciclo sexual, en función a la vía de transmisión (Sexual, Drogas, Otros). Frecuencias absolutas y relativas (N= 700).

Tabla de contingencia: Vía Transmisión y DS en fases ciclo sexual (N= 700)

Vía Transmisión		DSM-IV-TR				
N= 700						
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	Total
Sexual	Recuento	63	83	29	25	200
	% Vía T.	31,5%	41,5%	14,5%	12,5%	100,0%
Drogas	Recuento	26	51	22	13	112
	% Vía T.	23,2%	45,5%	19,6%	11,6%	100,0%
Otros	Recuento	0	1	0	0	1
	% Vía T.	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	89	135	51	38	313
	% Vía T.	28,4%	43,1%	16,3%	12,1%	100,0%

DS: Niveles Ansiedad Depresión en las fases del ciclo sexual (N= 700)

DSM-IV-TR		Ansiedad	Depresión
Deseo	Media	13,39	9,85
	N	67	67
	Desv. típ.	4,007	4,095
	Asimetría	-,376	,115
Excitación	Media	13,52	11,05
	N	101	101
	Desv. típ.	4,024	4,442
	Asimetría	-,687	,077
Orgasmo	Media	12,18	9,82
	N	40	40
	Desv. típ.	3,366	4,082
	Asimetría	-,134	,183
Resolución	Media	11,33	9,56
	N	27	27
	Desv. típ.	4,261	4,136
	Asimetría	-,172	-,271
Total	Media	13,00	10,33
	N	235	235
	Desv. típ.	3,994	4,271
	Asimetría	-,426	,103

Distribución de las DS en las fases del ciclo sexual, en función al género (Hombres y Mujeres). Frecuencias absolutas y frecuencias relativas (N= 180).

Tabla de contingencia: Género y DS en fases ciclo sexual (N=180)

Género	N= 180	DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Hombres	Recuento	20	61	30	14	125
	% Género	16,0%	48,8%	24,0%	11,2%	100,0%
Mujeres	Recuento	30	18	0	7	55
	% Género	54,5%	32,7%	,0%	12,7%	100,0%
Total	Recuento	50	79	30	21	180
	% Género	27,8%	43,9%	16,7%	11,7%	100,0%

Distribución DS en las fases del ciclo sexual, en función a la preferencia sexual (Heterosexual, Bisexual, Homosexual). Frecuencias absolutas y relativas. (N= 180).

Tabla de contingencia: Preferencia Sexual y DS en fases ciclo sexual (N= 180)

Preferencia Sexual	N= 180	DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Heterosex.	Recuento	35	53	16	11	115
	%	30,4%	46,1%	13,9%	9,6%	100,0%
Bisexual	Recuento	1	6	2	2	11
	%	9,1%	54,5%	18,2%	18,2%	100,0%
Homosex.	Recuento	14	20	12	8	54
	%	25,9%	37,0%	22,2%	14,8%	100,0%
Total	Recuento	50	79	30	21	180
	%	27,8%	43,9%	16,7%	11,7%	100,0%

Distribución de las DS en las fases del ciclo sexual, en función a la vía de transmisión (Sexual, Drogas, Otros). Frecuencias absolutas y relativas (N= 180).

Tabla de contingencia: Vía Transmisión y DS en fases ciclo sexual (N= 180)

Vía Transmisión	N= 180	DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Sexual	Recuento	40	51	15	16	122
	% Vía T.	32,8%	41,8%	12,3%	13,1%	100,0%
Drogas	Recuento	10	27	15	5	57
	% Vía T.	17,5%	47,4%	26,3%	8,8%	100,0%
Otros	Recuento	0	1	0	0	1
	% Vía T.	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	50	79	30	21	180
	% Vía T.	27,8%	43,9%	16,7%	11,7%	100,0%

DS: Niveles Ansiedad Depresión en las fases del ciclo sexual (N= 180)

DSM-IV-TR	N(180)	Ansiedad	Depresión
Deseo	Media	14,36	10,66
	N	50	50
	Desv. típ.	3,521	3,884
	Varianza	12,398	15,086
Excitación	Media	14,48	11,76
	N	79	79
	Desv. típ.	3,335	4,321
	Varianza	11,125	18,672
Orgasmo	Media	13,30	10,90
	N	30	30
	Desv. típ.	2,938	3,863
	Varianza	8,631	14,921
Resolución	Media	12,48	9,48
	N	21	21
	Desv. típ.	3,868	4,045
	Varianza	14,962	16,362
Total	Media	14,02	11,04
	N	180	180
	Desv. típ.	3,436	4,132
	Varianza	11,804	17,071

Distribución de las DS en las fases del ciclo sexual, en función al género (Hombres y Mujeres). Frecuencias absolutas y relativas (N= 47).

Tabla de contingencia: Género y DS en fases ciclo sexual (N=47)

Género		DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Hombres	Recuento	8	16	4	8	36
	% Género	22,2%	44,4%	11,1%	22,2%	100,0%
Mujeres	Recuento	8	2	0	1	11
	% Género	72,7%	18,2%	,0%	9,1%	100,0%
Total	Recuento	16	18	4	9	47
	% Género	34,0%	38,3%	8,5%	19,1%	100,0%

Distribución de DS en las fases del ciclo sexual, en función a la vía de transmisión (Sexual, Drogas, Otros). Frecuencias absolutas y relativas (N= 47).

Tabla de contingencia: Vía Transmisión y DS en fases ciclo sexual (N= 47)

Vía Transmisión		DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Sexual	Recuento	14	14	3	8	39
	% Vía T.	35,9%	35,9%	7,7%	20,5%	100,0%
Drogas	Recuento	2	3	1	1	7
	% Vía T.	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	100,0%
Otros	Recuento	0	1	0	0	1
	% Vía T.	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	16	18	4	9	47
	% Vía T.	34,0%	38,3%	8,5%	19,1%	100,0%

Distribución DS en las fases del ciclo sexual, en función a la preferencia sexual (Heterosexual, Bisexual, Homosexual). Frecuencias absolutas y relativas. (N= 47).

Tabla de contingencia: Preferencia Sexual y DS en fases ciclo sexual (N= 47)

Preferencia Sexual		DSM-IV-TR				Total
		Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolutiva	
Heterosex.	Recuento	9	9	1	3	22
	%	40,9%	40,9%	4,5%	13,6%	100,0%
Bisexual	Recuento	1	1	1	1	4
	%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Homosex.	Recuento	6	8	2	5	21
	%	28,6%	38,1%	9,5%	23,8%	100,0%
Total	Recuento	16	18	4	9	47
	%	34,0%	38,3%	8,5%	19,1%	100,0%

DS: Niveles Ansiedad Depresión en las fases del ciclo sexual (N= 47)

DSM-IV-TR	(N=47)	Ansiedad	Depresión
Deseo	Media	12,37	9,50
	N	16	16
	Desv. típ.	3,828	3,916
	Varianza	14,650	15,333
Excitación	Media	12,39	9,33
	N	18	18
	Desv. típ.	3,567	4,576
	Varianza	12,722	20,941
Orgasmo	Media	12,75	6,75
	N	4	4
	Desv. típ.	4,272	3,594
	Varianza	18,250	12,917
Resolución	Media	11,11	7,56
	N	9	9
	Desv. típ.	4,676	4,667
	Varianza	21,861	21,778
Total	Media	12,17	8,83
	N	47	47
	Desv. típ.	3,841	4,280
	Varianza	14,753	18,318